UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 105

# PREVENTION ET TRAITEMENT ABORTIF DES Phlébites chirurgicales et des Périphlébites PAR LA BANDE ÉLASTIQUE COLLANTE ET LA MÉTHODE AMBULATOIRE

(Travail des Services Chirurgicaux de l'Hôpital E. Sabatié à Libourne)

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Mars 1937*

PAR

**André Elisée DEJARNAC**

INTERNE A L'HOPITAL ETIENNE SABATIÉ DE LIBOURNE

**Né à LIVRON (Drôme) le 3 septembre 1911**

Examinateurs de la thèse :

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur..... *Juges.*

JEANNENEY, professeur.... *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*

LIBOURNE

IMPRIMERIE LIBOURNAISE P. GÉLIX

68, rue Président-Carnot

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0043

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 105

# PREVENTION ET TRAITEMENT ABORTIF DES Phlébites chirurgicales et des Périphlébites PAR LA BANDE ÉLASTIQUE COLLANTE ET LA MÉTHODE AMBULATOIRE

(Travail des Services Chirurgicaux de l'Hôpital E. Sabatié à Libourne)

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Mars 1937*

PAR

**André Elisée DEJARNAC**

INTERNE A L'HOPITAL ETIENNE SABATIÉ DE LIBOURNE

**Né à LIVRON (Drôme) le 3 septembre 1911**

Examinateurs de la thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur ..... *Juges.*

JEANNENEY, professeur .... *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*

LIBOURNE

IMPRIMERIE LIBOURNAISE P. GÉLIX

68, rue Président-Carnot

1937

# FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON.

## PROFESSEURS :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale ..... | MAURIAC. | Clinique ophtalmologique.... | TEULIÈRES. |
| id. ..... | DUPÉRIÉ. | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..... | ROCHER. |
| Clinique chirurgicale ..... | BEGOUIN. | Clinique médicale des maladies des enfants ..... | CRUCHET. |
| Clinique chirurgicale et gynécologique ..... | GUYOT. | Chimie biologique et médicale | DELAUNAY. |
| Pathologie et thérapeutique générales ..... | CARLES. | Physique médicale et pharmaceutique ..... | SIGALAS. |
| Clinique d'accouchements .. | ANDÉRODIAS. | Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques ..... | BONNIN. |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique ..... | SABRAZÈS. | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..... | PETGES. |
| Anatomie ..... | VILLEMIN. | Clinique des maladies des voies urinaires. ..... | DUVERGEY. |
| Anatomie générale et histologie ..... | G. DUBREUIL. | Clinique des maladies nerveuses et mentales ..... | ABADIE. |
| Hygiène ..... | LEURET. | Clinique d'oto-rhino-laryngol. | PORTMANN |
| Médecine légale et déontolog. | LANDE. | Toxicologie et hygiène appliquée ..... | LABAT. |
| Electroradiologie et clinig. d'électricité médicale ..... | RÉCHOU. | Hydrologie thérapeutique et Climatologie ..... | CREYX. |
| Chimie ..... | CHELLE. | Clinique dentaire..... | DUBECQ. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | | |
| Pharmacie ..... | DUPOUY. | | |
| Zoologie et parasitologie .... | MANDOUL. | | |
| Médecine expérimentale .... | AUBERTIN. | | |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique).
PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles) JEANNENEY (Chirurgie générale)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE:

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie ..... | N. | Chirurgie générale ..... | MASSÉ. |
| id. | DUFOUR. | id. ..... | DARGET. |
| Physiologie ..... | FABRE. | Obstétrique ..... | RIVIÈRE. |
| Médecine générale ..... | PIÉCHAUD. | Ophtalmologie ..... | BEAUVIEUX. |
| id. ..... | DELMAS-MARSALET. | Oto-Rhino-Laryngologie ..... | DESPONS. |
| id. ..... | DE GRAILLY. | Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA. |
| id. ..... | FONTAN. | Physique médicale ..... | WANGERMEZ. |
| id. ..... | BROUSTET. | Chimie générale pharmaceutique et toxicologie ..... | VITTE. |
| id. ..... | DERVILLÉE. | | |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Physiologie ..... | FABRE. | Physique médicale et pharmaceutique ..... | WANGERMEZ. |
| Médecine opératoire ..... | PAPIN. | Médecine légale ..... | DERVILLÉE. |
| Accouchements ..... | RIVIÈRE. | Urologie ..... | DARGET. |
| Pathologie médicale..... | DELMAS-MARSALET | Botanique ..... | GIRARD. |
| Puériculture ..... | FAUGÈRE. | Bactériologie..... | MOUREAU. |
| Pharmacie chimique..... | VITTE | Législation pharmaceutique . | POPLAWSKI. |
| Zoologie et parasitologie ... | R. SIGALAS. | | |
| Ophtalmologie ..... | CABANNES,en congé | | |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, des mutilés de guerre et les infirmes..... N.

*Le Secrétaire de la Faculté* : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

---

A MA MÈRE

---

A MA FEMME

---

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur E. RAMARONY

*Chirurgien Chef à l'Hôpital de Libourne*

En témoignage de notre gratitude pour le dévouement avec lequel il nous a instruit et pour la patience affectueuse qu'il nous a témoignée.

---

A Monsieur le Docteur L. NARD

*Chirurgien Chef à l'Hôpital de Libourne*

Qui nous a inspiré ce travail. Chaque contact avec le chirurgien, le médecin, l'homme qu'il est, fût pour nous un enseignement.

Que cette dédicace lui exprime notre reconnaissance profonde.

A Monsieur le Professeur Agrégé F. PIÉCHAUD

*Médecin des Hôpitaux,*
*Chevalier de la Légion d'Honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier d'Académie.*

Le séjour que nous avons fait dans son Laboratoire où il nous a reçu avec tant de bonté, et son enseignement médical, sont pour nous des souvenirs précieux.

---

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

*Chargé du cours de médecine opératoire,*
*Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,*
*Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,*
*Chevalier de la Légion d'Honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction Publique.*

Dans le service duquel nous avons senti s'éveiller l'admiration que nous inspire l'art chirurgical.

# INTRODUCTION

Nous nous proposons, au cours de ce travail, dont le but est de faire connaître un nouveau traitement préventif et abortif des phlébites post-opératoires, né et mis au point dans les services chirurgicaux de l'Hôpital E. Sabatié de Libourne, d'étudier tout d'abord les données du problème pathogénique de ces complications, ainsi que les traitements expérimentés jusqu'à ce jour, afin de mettre en lumière la valeur rationnelle d'une méthode dont la nouveauté étonnera sans doute le lecteur. Nous n'avons pas négligé les considérations théoriques. Nous leur préférons des faits cliniques, des preuves empiriques, que la littérature chirurgicale nous a abondamment fournis.

La meilleure justification d'une thérapeutique nouvelle, est le résultat qu'elle permet d'obtenir. Nous apportons ici des observations de phlébites indiscutablement jugulées par notre traitement, nous apportons une importante statistique, des chiffres assez élevés pour nier le fait du hasard. Tous ces documents plaideront mieux en faveur de notre méthode que la plus subtile dissertation.

# I

# HISTORIQUE

## Etude pathogénique

## et thérapeutique

I

# Les données du problème pathogénique

Toute thérapeutique, pour être logique et satisfaire l'esprit, doit se fonder sur l'étiologie et la pathogénie. Or l'étude des traitements dirigés contre les phlébites est particulièrement décevante. C'est la rançon d'une pathogénie mal connue. En effet les innombrables travaux publiés depuis Hunter et Virchow n'ont pas élucidé les problèmes capitaux de coagulation, de thrombose, de stase, d'infection locale. Et à l'heure actuelle deux grands courants d'opinions s'opposent.

Bon nombre d'auteurs, reprenant et complétant les théories de Hunter et de Cruveilhier considèrent comme facteur primitif et primordial l'inflammation des parois veineuses. Pour ceux-ci la thrombose est secondaire à ce processsus infectieux, et partant, pour prévenir les phlébites, prévenons toute infection. Les principaux arguments invoqués sont de deux ordres :

1° Il ne peut y avoir *in vivo* de coagulation dans un vaisseau dont les parois sont intactes, lisses, et intégralement tapissées par un endothélium continu.

2° Les maladies où la stase veineuse est le mieux marquée : les cardiopathies, les cirrhoses, ne prédisposent pas à une grande fréquence de processus de coagulation. (Il ne saurait s'agir ici des endocardites dont les coagulations se forment sur un endothélium valvulaire altéré, végétant, ou détruit).

D'autres auteurs, s'inspirant des travaux de Virchow et d'Alibert, attribuent dans la pathogénie des phlébites le rôle le plus important à la coagulation : fait spontané, primi-

tif, essentiel, les caillots formés entraînant l'irritation et l'inflammation des parois veineuses. Le sang en lui même peut renfermer les causes de la coagulation, soutient Alibert. On s'accorde assez généralement avec Virchow pour admettre que l'inflammation des parois veineuses peut exister, sans que pour cela la lumière du vaisseau soit obstruée, que s'il y a thrombose, c'est le plus souvent une lésion primitive antérieure à toute altération de la paroi, et le plus souvent cause de celle-ci. Quand le foyer générateur est de nature primitivement septique, on retrouve des lésions du caillot et de l'endoveine qui caractérisent la phlébite purulente. Pour qu'une thrombose devienne infectieuse, il n'est nul besoin que les germes soient amenés par la lumière du vaisseau, car la paroi de celui-ci laisse passer germes et globules blancs qui vont transformer un coagulum en caillot phlébitique.

Certes la cause intime, réellement responsable de la coagulation d'un sang stagnant, nous échappe. On a étudié des altérations dyscrasiques de l'endothélium, responsables des phlébites dyscrasiques, cancéreuses. L'importance du rôle des plaquettes sanguines dans la thrombose pourrait apporter au problème une solution plus satisfaisante. Les travaux de Hayem et de Bizzozero concluent à leur rôle dans la coagulation *in vivo*, et ceux plus récents de Roskam, étudiant les variations numériques des hématoblastes, nous apprennent que, en règle générale, après les opérations, il y a une crise des plaquettes sanguines,que leur nombre augmente régulièrement jusqu'à la fin de la première semaine, pour diminuer ensuite et redevenir normal. Starlinger, sans impliquer l'augmentation du nombre des hématoblastes,accuse, dans la formation des caillots post-opératoires, des modifications électriques des plaquettes, pouvant amener celles-ci à attirer les ions négatifs de la sérine : phénomène intime créant des « agglutinats d'hématoblastes ». Toute substance toxique : anesthésique, toxines microbiennes, toxines de résorption des foyers opératoires, seraient capables de créer

ce déséquilibre électrique. C'est là une théorie qui paraît séduisante, vue de l'esprit certes, mais à peine davantage que toutes celles qui viennent étayer cette querelle pathogénique.

Nous voulons traiter des phlébites post-opératoires et de leur prévention, nous voulons — empiriquement — en rechercher les modes d'apparition, les causes prédisposantes. L'étude clinique nous permet des conclusions plus formelles, et vient nous donner prise contre une complication redoutable.

Or la pathologie chirurgicale nous apprend que les opérsé les plus infectés, les malades atteints de pyosalpinx, d'abcès appendiculaires, de phlegmons diffus etc..., ne font que très rarement des phlébites. Et nous voyons payer un lourd tribut à cette complication : 1° Les grands traumatisés, chez lesquels on peut rationnellement attribuer les troubles de la coagulation à une lésion primitive de l'endoveine : c'est la théorie du « caillot par battage » de Hayem. Mais encore peut-on invoquer comme facteur de coagulation veineuse chez ces malades, l'immobilité au lit, souvent indispensable au traitement du traumatisme, immobilité qui engendre la stase veineuse.

2° Les laparotomisés à froid. Fibromes, cystostomies, cures de hernies, appendicectomies. Et dans ces cas, surtout chez des malades ayant des troubles de la circulation veineuse : varices superficielles ou profondes — hémorroïdes — malades congestifs, ou sujets à la stase veineuse — malades longtemps immobilisés au lit — pléthoriques — sujets à temps de coagulation diminué.

Ne voyons-nous pas une très grande proportion de phlébites post-opératoires avoir un début différent du tableau classique : atteinte première de l'état général, légère hyperthermie et « pouls grimpant », avec signes locaux consécutifs ? Ce début, que nous croyons typique des phlébites médicales, est souvent chronologiquement inversé dans les phlébites

chirurgicales. Les signes de stase — non fébriles — apparaissant les premiers et l'atteinte de l'état général avec les signes d'infection apparaissant secondairement.

D'autre part on est unanime à ne pas séparer, en langage clinique les deux termes : embolie et phlébite, et à nier toute embolie sans phlébite, l'embolie étant même parfois considérée comme un premier signe de phlébite. Or que d'embolies signalées au cours de suites opératoires apyrétiques, où l'attention la plus minutieuse ne décelait pas le moindre signe d'infection, réalisant — pour employer l'expression classique « le coup de foudre dans un ciel serein ». Souvent cependant si aucun signe de phlébite des membres ne peut être mis en évidence on peut diagnostiquer une légère atteinte pelvienne. Ducuing s'est tout particulièrement attaché à décrire les petits signes de la phlébite pelvienne post-opératoire : troubles de la circulation périphérique concrétisés par une sudation abondante — rétention d'urine — douleurs utérines — empâtement des culs de sac vaginaux correspondant à une atteinte des veines utérines — douleurs anales, tenesme. Sans nier les phlébites primitivement pelviennes nous ne suivons pas Ducuing lorsqu'il écrit : « dans presque toutes les phlébites post-opératoires, quelqu'en soit le siège, l'atteinte des veines pelviennes est primitive ». Et sans non plus adopter l'opinion trop absolue des auteurs allemands Payr et Sulger qui affirment que la phlébite post-opératoire commence toujours par les veines de la semelle plantaire, *nous pensons que presque toutes les phlébites post-opératoires ont leur début dans le membre inférieur, à cause de la stase veineuse*, et se manifestent presque toujours par le signe de la douleur plantaire ou par le signe de la douleur du mollet, signes qui sont des signes de stase. C'est une opinion déjà ancienne que notre observation clinique, pour si modeste qu'elle soit, n'a fait que contrôler. Payr et Sulger sont catégoriques dans leur travaux publiés en 1930. Mais déjà Bouzom notait la précocité des signes de stase et leur apparition avant tout symptôme infectieux.

Et J. Chavannaz et Magnant écrivaient en 1928 « L'accélération du pouls, admise par bien des auteurs, après Mahler (comme un signe de début) nous paraît infidèle. D'autre part l'élévation thermique a chez plusieurs de nos opérés suivi l'apparition de l'œdème au lieu de le précéder. » Zurhelle note l'absence du signe de Mahler dans 60 % des phlébites post-opératoires qu'il a observées.

Considérons par ailleurs que les phlébites post-opératoires et les embolies sont rares et même l'exception chez l'enfant. Or l'élément infectieux que certains auteurs estiment primordial dans la pathogénie des phlébites, est, chez les jeunes à redouter autant que chez les adultes. Nous pensons que si ces complications épargnent les enfants, c'est parce que leur système veineux, encore riche de toute sa tonicité normale, ne se laisse pas dilater, résiste par lui-même à la stase, même au cours d'une longue immobilisation post-opératoire; immobilisation qu'ils réduisent par leur turbulence à son minimum.

Enfin, argument de la plus grande valeur, les phlébites ne s'observent aux membres supérieurs que dans un pourcentage infime, et le plus souvent découlent d'une porte d'entrée infectieuse ou toxique au niveau même de l'endothélium veineux : injections intraveineuses réalisées avec une asepsie insuffisante, injections de novarsénobenzol. La très grande majorité des phlébites intéresse les membres inférieurs ou le petit bassin : régions où la stase veineuse est maxima. Et parmi les phlébites des membres inférieurs, tous s'accordent à reconnaître que le membre gauche est le plus souvent atteint. Ducuing rapporte le chiffre de 70% et Cordier celui de 90 %. Or cette inégalité s'explique par les plus grandes difficultés de la circulation de retour de ce côté-là : la veine iliaque externe y est plus longue, plus coudée, plus oblique. Elle risque d'être comprimée par la sigmoïde, ptosée et en réplétion à cause de la lenteur du transit après les interventions.

Pour toutes ces raisons cliniques, et laissant délibérément

de côté toute querelle de mots, nous croyons que les phlébites post-opératoires sont imputables avant tout à la stase et que le facteur infectieux est secondaire, voire même que ce facteur infectieux une fois apparu, peut être combattu et annulé si l'on peut supprimer en temps voulu le facteur stase. C'est l'opinion défendue à l'heure actuelle par Von Jaschke et de nombreux auteurs allemands, et qui les range parmi les partisans farouches du lever précoce.

Nous savons que beaucoup de chirurgiens, français notamment, et parmi ceux-ci A. Schwartz en particulier, considèrent le facteur mécanique et les troubles de la coagulation comme des phénomènes simplement adjuvants, la cause première et nécessaire de toute phlébite étant pour eux un germe pathogène. Le fait que des auteurs aussi éminents aient une opinion aussi opposée à celle que nous soutenons après beaucoup de chirurgiens non moins avertis, montre bien l'inutilité de vaines discussions théoriques, et l'intérêt d'une position prise sur des arguments empiriques.

Lutter contre les phlébites par une asepsie rigoureuse, aller au devant ou combattre l'infection, traumatiser au minimum muscles et vaisseaux, c'est indispensable. Mais il faut surtout lutter contre la stase veineuse, pendant une période où l'opéré est particulièrement exposé, soit à des endophlébites avec thrombose consécutive, soit à des thromboses secondairement infectées; pendant une période où l'immobilité, la déshydratation, des altérations toxiques du serum sanguin sont autant de facteurs susceptibles de déterminer les complications veineuses.

Parlant ici prématurément des résultats que nous avons obtenus par notre méthode, et utilisant la conclusion pathogénique qui en découle, nous pouvons affirmer qu'en luttant contre la stase veineuse pour prévenir ou traiter tout à fait au début les accidents veineux post-opératoires, on est sûr de frapper juste.

Nous ne disons pas à coup sûr. Tout d'abord parce que l'élément infectieux générateur de la plupart des phlébites

médicales et obstétricales, crée des phlébites où l'élément stase, bien qu'important, n'est pas primordial, qu'il est dans ces cas difficilement et parfois dangereusement combattu. D'autre part la stase pelvienne, lorsque celle-ci est primitivement isolée, non compliquée d'infection, est moins accessible à notre thérapeutique que la stase veineuse des membres inférieurs. Nous ne pouvons que nous associer aux phrases prudentes de Forgue, lorsqu'il écrit : « La stase voilà l'ennemi, plus simplement voilà la condition favorisante... Voilà le facteur principal... sur lequel nous avons quelque prise et par la réduction duquel nous enregistrons quelques résultats. »

Nous allons dans un chapitre rapide étudier les tentatives de prévention ou de traitement abortif des phlébites qui ont été préconisées jusqu'à ce jour.

II

# Prévention des Phlébites

## A. - **Prévention pré-opératoire.**

*L'étude systématique du temps de coagulation* est partout de pratique courante. Un temps de coagulation inférieur à sept minutes doit faire administrer avant toute opération et après celle-ci du citrate de soude, à la dose moyenne de cinq grammes par jour (Wright et Chantemesse). Cependant l'action du citrate de soude ne serait pas, sur la coagulation, dans le sens indiqué. Le citrate de soude est en effet un hémostatique puissant par voie intraveineuse.

Flandin et Tzank ont montré que *les arsénobenzènes* sont des anticoagulants fidèles. J. Jeannin les a utilisés en thérapeutique courante, soit préventivement, mais de préférence après l'intervention, soit comme traitement des phlébites à leur début. Leur valeur antiseptique ne peut qu'avoir un effet heureux, en particulier en obstétrique. Mais ils sont toxiques et exposent aux accidents généraux des arsénicaux.

### *LA VACCINATION PRÉ-OPÉRATOIRE*

L. Bazy fut le premier à étudier et à expérimenter la vaccination pré-opératoire comme un moyen de prévenir les complications infectieuses et les phlébites notamment. Il a adopté un vaccin hétérogène polymicrobien : (staphylocoque, streptocoque, colibacille, entérocoque). En 1921, Lambret et ses élèves Gernez et Razemon étudient cette thérapeutique et soulignent des résultats intéressants. Ils l'appliquent spécialement aux infectés aigus, aux infectés

digestifs. Mornard, Morice enregistrent des résultats heureux. Par contre Gosset et Thaleimer craignent que leurs vaccinés ne présentent une sensibilité plus marquée après la vaccination préventive. Tout récemment cependant, les mêmes auteurs, avec Funk-Brentano, observent, sur une statistique de 2261 hystérectomies pour fibromes, une amélioration des suites opératoires, mais insistent sur l'importance qu'il y a à attendre l'action des vaccins, avec pour contrôle, l'étude de la formule blanche sanguine.

La vaccination pré-opératoire spécialement dirigée contre les phlébites consécutives aux hystérectomies pour fibromes, est mise à l'étude par Morice de Caen, qui prélevant du mucus de la cavité utérine de malades fibromateuses, trouve 12 fois sur 14 du streptocoque, alors que celles-ci n'étaient pas théoriquement infectées. Avec ce germe, Morice fait un vaccin, grâce auquel il pense immuniser les malades en trois semaines. Or celles-ci — parmi lesquelles quatre avaient un passé phlébitique — guérirent sans incident. A. Schwartz incrimine le streptocoque, mais aussi le colibacille, et se déclare satisfait de la vaccination, n'ayant pas eu à déplorer de phlébite depuis un an qu'il emploie ce procédé.

La question est encore à l'étude. Mais cette thérapeutique ne peut en rien modifier l'élément mécanique que nous considérons comme le plus important dans la pathogénie des phlébites post-opératoires.

*
* *

Beaucoup d'auteurs s'appliquent à prescrire préventivement aux cardiaques, pléthoriques, des diurétiques cardio-rénaux. Forgue, Borchardt et Chalier préconisent de petites doses de digitaline. On peut également donner systématiquement de l'huile camphrée. L'iode associé ou non à l'hamamélis virginica trouve certaines indications.

Il est utile d'autre part, *d'hydrater le malade* jusqu'à la nuit précédant l'opération : eau sucrée, Murphy. Hydratation qui sera poursuivie aussitôt que possible après celle-ci.

## B. - **Au cours de l'intervention.**

Il y a lieu au cours de l'intervention de laisser les malades en position de Trendelenburg le moins de temps possible, d'éviter la compression au niveau des cuisses en attitude gynécologique par des liens trop serrés.

L'asepsie et l'antisepsie sont d'un intérêt trop constant pour que nous insistions sur l'importance qu'elles présentent dans la prévention des complications veineuses. Signalons cependant une communication récente de Havlicek qui opère sous rayons infra-rouges. Nous pensons que s'il y a là une nouvelle forme d'antisepsie du champ opératoire, elle ne saurait influencer beaucoup les suites et en particulier les complications phlébitiques. Les bons résultats obtenus par l'auteur nous semblent imputables au lever précoce qu'il recommande à ses opérés.

Certains auteurs ont insisté, et avec raison, sur l'importance qu'il y a à réduire au minimum les contritions musculaires et des pédicules vasculaires, sur l'intérêt des ligatures veineuses ne laissant pas de « bout mort », où un caillot a toutes chances de se former dans un sang immobilisé. Ducuing a plusieurs fois, en face de varices pelviennes, tenté leur résection aussi complète que possible, mais il n'ose encore en tirer une conclusion.

## C. - **Prévention post-opératoire.**

### *LE LEVER PRÉCOCE*

Le lever précoce est sans contredit un immense progrès chirurgical. Il semble être le meilleur moyen utilisé jusqu'à ce jour pour réduire au minimum la stase veineuse, conséquence de l'immobilisation post-opératoire.

Née de quelques observations fortuites : malades s'étant levés en cachette ou pour uriner dès les premiers jours suivant l'opération, cette méthode fut recommandée pour la première fois en 1889 par le chirurgien Ries de Chicago.

Les frères Mayo furent les premiers Français à s'y intéresser. Par ailleurs Kummel en Allemagne, Bold à New-York, font lever leurs malades le cinquième jour. C'est Schweninger qui dans sa thèse de Munich 1910, parle le premier des possibilités de prévention des thromboses par cette méthode. Lopez de Valencia, Brisset, Grégoire en sont partisans. Mais il faut les travaux de Chalier, appuyés sur de nombreuses statistiques, pour que l'attention de la majorité des chirurgiens français soit attirée sur cette méthode. Dès 1919 Chalier inspire la thèse de son élève Vaissé. Chaque année il publie, avec une probité scientifique indiscutable, les bons résultats enregistrés et les rares échecs. Les adversaires de la méthode, dont Violet fut le porte-parole, craignent pour la solidité de la paroi et reprochent à Chalier d'être trop systématique. Les partisans sont Forgue, Ducuing, Binet de Nancy. Mais parmi ceux-ci et Forgue particulièrement, quelques auteurs n'appliquent le lever précoce qu'après les interventions sus-ombilicales, ou tout au moins n'intéressant pas les organes pelviens. D'autres sont encore plus éclectiques, réservant la méthode aux opérations réalisées avec le minimum de choc. Avec Chalier et Ducuing bon nombre de chirurgiens lèvent très précocement tous les laparotomisés non drainés ou ayant un drainage vaginal. Ducuing rapporte même les observations de plusieurs malades portant un drainage à la Mickulicz qu'il a levées sans incident.

Le meilleur moment après l'intervention, pour lever les malades est entre le troisième et le cinquième jour, même en période légèrement fébrile. Passée cette limite, Chalier pense qu'il est plus dangereux qu'utile de lever les opérés, car on risque de mobiliser un caillot déjà formé. Du reste il faut ordonner dès le premier jour de grands mouvements inspiratoires, dès le second des mouvements actifs des membres inférieurs et faire asseoir le patient dans son lit.

Les risques de la méthode sont minimes. Une bonne réfection de la paroi est indispensable, mais on ne signale pas

d'éventrations. Du reste il n'est nul besoin de penser au lever précoce pour refaire une bonne paroi. Il vaut mieux par mesure de prudence munir les malades d'un serre-corps.

La méthode n'est pas pénible pour eux. Nous en parlons par expérience de malade.

Les avantages sont nombreux. Les suites opératoires sont indubitablement améliorées et raccourcies. Lorsqu'un malade fébricitant mais dont l'état permet le lever précoce, bénéficie de celui-ci : le sommeil revient, l'ensemble de la courbe thermique est plus favorable.

Mais l'intérêt primordial de la méthode est son action sur la stase veineuse. Les contractions musculaires activent la circulation de retour. Mais mieux que la gymnastique au lit, le lever précoee peut influencer, en la diminuant, la stase veineuse. Si le premier jour le malade marche peu, tout au moins l'installe-t-on assis, les jambes pendantes. Dans cette position les mouvements respiratoires sont plus amples. Le diaphragme réalise une pression plus forte sur les viscères abdominaux, les muscles de la paroi ajoutent à cette action qui vide de leur sang stagnant les veines viscérales. Enfin la marche viendra accélérer, par son action directe sur les vaisseaux, et grâce à l'aspiration thoracique qu'elle détermine, la vitesse du courant sanguin dans tout le système cave inférieur.

Ces différentes raisons doivent faire préférer le lever précoce à la gymnastique au lit et à ce que Margrit Hanselmann a décrit sous le nom de « promenade au lit », qu'on doit considérer comme un moyen excellent de lutter contre la stase veineuse lorsque le lever précoce est contre-indiqué.

La nature même des interventions peut en effet être une contre-indication. Les colpopérinéorraphies par exemple.

Une réaction péritonéale est par contre une contre-indication formelle.

Certes de rares observations ont prouvé quelques échecs de la méthode. Grégoire vit une malade hystérectomisée mourir subitement avec des signes d'embolie au moment

même où on la levait. D'autre part G. Jeanneney et Lalande rapportent un cas analogue survenu après prostatectomie. Nous avons observé nous-même deux cas de décès par embolies chez des malades ayant présenté des suites apyrétiques, et qu'on avait levés le quatrième jour.

Mais des statistiques très importantes doivent faire conclure à une très nette diminution des phlébites et des embolies post-opératoires lorsque l'on applique la méthode du lever précoce. (Folliasson et Baudry — Schumaker - Von Jaschke).

III

# Traitements abortifs des Phlébites Post-Opératoires

## L'hirudination.

Depuis trente-cinq ans un nouveau traitement abortif des phlébites est l'objet d'études approfondies. Il est basé sur les propriétés anticoagulantes de l'hirudine, substance extraite de la tête des sangsues. Ce pouvoir anticoagulant, découvert en 1884 par Haycraft, fut appliqué à la clinique pour la première fois par Sahli. Les communications de Termier ont réhabilité cette méthode tombée dans l'oubli. S'appuyant sur les travaux de Weil et Boyé, de Weil Mouriquand et Chalier, Termier met en valeur l'hémophilie consécutive à l'application de sangsues, hémophilie favorable à l'évolution des thromboses et des phlébites. Il faut citer également les travaux de J. Jeannin, de Virely, de Starlinger, de Gonnet, de Josserand.

Voici quels seraient les avantages de l'hirudination.

*a)* Action anticoagulante sur le sang au niveau de la plaie, et sur le sang circulant, qui provoque une hémophilie pendant quelques jours.

*b)* Action fibrinolytique : dissolution du caillot d'une phlébite à un stade quelconque.

*c)* Action lymphagogue, permettant une résorption rapide de l'œdème.

*d)* Action antiinfectieuse.

*e)* Action vasodilatatrice, et par là-même diminution de l'élément douloureux.

La technique est simple : appliquer six sangsues à la fois et s'il le faut recommencer après deux jours, sous couvert d'un examen de laboratoire. Le lieu d'élection est à la base de la cuisse, qui sera préalablement nettoyée à l'alcool.

Les indications sont nettes : employer l'hirudination le plus tôt possible. sans négliger cependant d'immobiliser le membre en gouttière ouatée. Une application un peu tardive est sans effet.

Les résultats sont les suivants : diminution de la période fébrile. Sédation rapide des douleurs. Diminution de l'œdème et des sequelles. Proportion moins élevée d'embolies.

Cette méthode a de nombreux adversaires. Théoriquement De Quervain et Ramond craignent que l'hirudination ne libère des caillots qui sont déjà formés. Mais l'objection ne tient pas, l'hirudine empêchant d'après certains la formation du caillot secondaire, qui est le grand responsable des embolies.

Par contre beaucoup de mauvais cas cliniques ont été signalés. Jentzer - J. Chavannaz et Magnant rapportent plusieurs observations de décès survenus par embolies très rapidement après l'application de sangsues. Ducuing est très sceptique. « Mettez on ne mettez pas de sangsues, ce sera probablement la même chose ». Il a vu plusieurs phlébites ne pas être améliorées par l'hirudination et impute les apparences de résultats au diagnostic précoce de la complication.

Par ailleurs, l'hirudination n'est pas sans danger — surtout chez les jeunes, les hépatiques, les cardiaques. On a signalé de fortes hémorragies au lieu d'application, ou chez des malades dont l'opération prédisposait aux hémorragies secondaires. On a noté d'autre part, lors d'une hirudination itérative à longue échéance, des accidents anaphylactiques assez graves (Sabrazès, Gonnet, Jeannin et Josserand).

Somme toute, et faute de mieux, la méthode doit être essayée, mais on ne saurait y voir un traitement de choix,

réellement efficace et curateur, même lorsqu'il est employé très précocement.

*
* *

*Les injections d'arsénobenzènes* auraient donné, comme traitement des phlébites au début ou déclarées, quelques résultats : évolution plus bénigne, diminution du nombre des embolies, action sensible sur les phénomènes infectieux.

Laubry, Louvel et H. Beau ont publié récemment un nouveau traitement, des phlébites variqueuses il est vrai, leur ayant permis de guérir trois de celles-ci par l'*ionisation salicylée*, qu'ils pratiquent en séances quotidiennes puis à jours passés. La solution employée est du salicylate de soude à 3 %. Douze à quinze séances sont nécessaires.

Denier a traité par *la radiothérapie* deux cas de périphlébites qui furent guéris en deux séances, mais il rapporte aussi l'observation d'une phlébite puerpuérale grave, que l'hirudination n'avait pas le moins du monde améliorée, et qu'une séance de radiothérapie fit immédiatement rétrocéder. Une deuxième application amène une résolution des plus nettes : l'œdème a disparu, tout signe d'infection également. Et Denier fait lever la malade bien avant le délai classique.

La dernière tentative en date et non la moins intéressante, est celle de Leriche et Kunlin qui ont traité avec succès trois phlébites post-opératoires au début par l'*infiltration novocaïnique du sympathique lombaire*. Depuis déjà plusieurs années, Leriche insistait sur l'importance du facteur spasme veineux dans la pathogénie des phlébites, la formation du caillot entre deux zones vasculaires en vasoconstriction et le rôle du spasme dans l'apparition des douleurs, si violentes au début du processus. Forts des résultats obtenus par l'infiltration du sympathique sur les artérites et leur élément spasmodique, ils ont pensé pouvoir réaliser la même action sur les phlébites au début.

Leriche cherche à atteindre le sympathique au niveau du ganglion le plus gros de la chaîne, celui qui répond à la deuxième lombaire. Il faut injecter à son voisinage 10 à 20 cc. de novocaïne sans pression.

Cette méthode s'adresse aux phlébites commençantes, et doit être appliquée le plus tôt possible et poursuivie quotidiennement jusqu'à disparition des signes évolutifs : douleur, progression de l'œdème, état infectieux. Les trois phlébites post-opératoires qui ont été ainsi traitées ont eu une évolution bénigne, et les séquelles en ont été très réduites. Digonnet, Chenebault et Rouchy obtiennent les mêmes résultats satisfaisants en appliquant cette nouvelle thérapeutique à deux cas de phlébites obstétricales bilatérales.

Il est intéressant de remarquer que Leriche, sans employer la méthode ambulatoire comme traitement adjuvant de l'infiltration lombaire fait lever les malades dès que les injections de novocaïne ont amené la guérison apparente du processus clinique, et sans attendre la résorption de l'œdème, ni les trois semaines apyrétiques classiques. La troisième observation publiée indique que la malade fut levée sept jours après le début de la phlébite. On a objecté que ce lever précoce pour des phlébitiques n'était pas justifié, malgré la disparition des signes évolutifs, à un moment où le caillot certainement formé, risque fort de se détacher. Leriche pense que l'immobilisation ne peut pas empêcher l'apparition d'embolies, si la phlébite évolue de façon telle qu'il devait s'en produire.

Cette opinion hardie, n'est cependant pas toute nouvelle. Chalier déjà a préconisé le lever précoce alors même que le malade avait présenté une embolie suffisamment bénigne pour que le traitement médical de l'infarctus lui-même n'impose pas le séjour au lit. Et, dit-il, il faut lever ces malades à plus forte raison. Il n'a jamais vu l'un de ceux-ci faire ultérieurement une seconde embolie. Et lorsque l'opéré, auquel on a prescrit le lever précoce, présente des signes

d'embolie, il ne faut pas considérer que cet infarctus est survenu à cause du lever précoce, mais malgré lui, que son efficacité a été insuffisante à prévenir la thrombose.

*
* *

Nous rapportons ici seulement cette notion défendue par Chalier, pour terminer ce chapitre en enregistrant avec satisfaction la réaction qui se dessine contre l'immobilité, en faveur du mouvement, dans la thérapeutique des phlébites. *Mouvement pré-opératoire - mouvement post-opératoire - mouvement malgré et contre les complications veineuses.*

# II

# ETUDE DE LA MÉTHODE QUI FAIT L'OBJET DE CE TRAVAIL

IV

# Origine de la Méthode

Il a été déjà fait plusieurs essais de traitement ambulatoire des phlébites par des appareils semi-rigides médicamenteux. Nard ayant, dès 1923, constaté quelques heureux effets de cette méthode appliquée sous une forme un peu charlatanesque et souvent non à propos dans un centre de campagne de sa clientèle, eut son attention attirée sur cette thérapeutique.

De plus il avait remarqué souvent, étant interne, que des malades à suites opératoires normales, étaient prises brusquement d'une douleur dans le mollet. Celui-ci augmentait de volume avec une rapidité considérable. La température était à ce moment-là normale, et le lendemain seulement apparaissaient des signes d'infection, le membre prenant alors l'apparence classique du membre phlébitique. Il avait l'impression qu'avant l'infection il se passait quelque chose d'autre dans le membre inférieur, et qu'il mettait sur le compte de la stagnation due à l'immobilité chez des sujets prédisposés. De là à essayer un traitement préventif des phlébites en combattant cette stagnation par la méthode ambulatoire et la mise en place d'un appareil vidant de son sang veineux les membres inférieurs, il n'y avait qu'un pas.

Dès 1924, Nard expérimenta cette méthode avec de grandes bottes de Unna, allant de la racine de la cuisse à la racine des orteils. Les résultats furent encourageants, mais l'application de cette botte n'était pas facile et l'on pouvait hésiter à en étendre les indications. En juin 1931, apparurent dans

le commerce les bandes élastiques collantes, dont la première en date fut l'élastoplaste.

Nard a pensé qu'il y aurait grand intérêt à remplacer la botte de Unna par un circulaire en bande élastique collante allant de la racine des orteils à la racine de la cuisse. Celle-ci réalisait en effet un appareil beaucoup plus souple, plus léger, permettant les mouvements comme si la jambe était libre, ce qui est l'idéal, permettant une surveillance plus suivie.

La méthode ambulatoire, complément indispensable de ce traitement était déjà appliquée dans les services chirurgicaux de l'Hôpital de Libourne. Le lever précoce est devenu la règle depuis juin 1933 même en chirurgie pelvienne. C'est depuis cette date que le traitement préventif et abortif des phlébites post-opératoires est définitivement mis au point.

V

# Valeur pratique de la Méthode Résultats qu'elle nous a donnés

Nous pensons que les chiffres démontrent d'une façon indiscutable la valeur pratique du traitement que nous proposons.

*Depuis trois ans* que je suis interne à l'Hôpital de Libourne *je n'ai pas vu une seule phlébite post-opératoire chez les malades à qui l'on avait pu appliquer la bande élastique collante et la méthode ambulatoire.* A la Clinique, où j'ai été autorisé à étendre mon enquête, il en a été de même.

Contrairement à la statistique rapportée par Nard lors de sa Communication à la Société de Chirurgie de Bordeaux, j'ai relevé des chiffres depuis que le traitement préventif et abortif des phlébites est associé systématiquement au lever précoce, même en chirurgie pelvienne.

*Il a été pratiqué* 4122 *opérations sanglantes.*

*Comprenant* 372 *hystérectomies ou grosses interventions gynécologiques.*

*Et notamment* 100 *hystérectomies pour fibromes.*

*Sur les* 100 *fibromes opérés, pas une phlébite, pas une embolie.*

*Sur les* 372 *grosses interventions gynécologiques, pas une phlébite,* et une seule embolie : césarienne levée le quatrième jour et qui n'avait pas dû être bandée (Observ. n° 26).

*Sur les* 4122 *opérations sanglantes, une seule phlébite, mais chez une malade que les circonstances nous avaient empêchés de traiter par la bande élastique collante et que nous n'avions*

*pas pu lever*. Loin de s'élever en faux contre notre méthode, ce cas ne peut que confirmer sa valeur (Observ. n° 21).

*
* *

Nous avons eu, pendant la même période, à déplorer cinq cas d'embolies graves (non compris celle que présenta la phlébite dont nous venons de parler).

Une embolie chez un malade profondément infecté : abcès appendiculaire incisé très tardivement et compliqué secondairement de péritonite généralisée. En outre sujet syphilitique non en traitement.

Une embolie chez une malade atteinte de cystoépithéliome avec péritonite cancéreuse très étendue.

Dans ces deux cas aucun traitement préventif ne pouvait être tenté.

Deux embolies se sont déclarées chez des malades levés le quatrième jour en suites apyrétiques, et ne présentant pas le moindre signe de complication veineuse. Sont-ce là deux échecs du lever précoce? Nous ne le pensons pas. Il est probable que, laissés au lit, ces malades auraient fait une thrombose avec peu ou pas de signes locaux ou généraux, que, bien que levés tardivement, si auparavant l'embolie ne s'était pas déclarée, ils auraient présenté cette redoutable complication tôt ou tard. Nous pensons que le lever précoce a été un moyen insuffisant pour prévenir la stase veineuse, qu'il n'a pas porté ses fruits, mais qu'il n'a pu en aucune sorte être responsable de la thrombose. Et nous restons fidèles au lever précoce judicieusement appliqué. La véritable leçon de ces deux échecs est tout autre. Si ces deux malades ont été victimes d'embolies c'est de toute évidence qu'ils étaient candidats à cette complication, nous voulons dire que quelque tare veineuse ou générale les y prédisposait. Or nous n'avons pas eu l'attention attirée sur cette prédisposition. Il y a eu peut-être une faute clinique de notre part, un examen ou un interrogatoire insuffisants. Ces malades préparés c'est-à-dire traités préventivement par la bande élastique collante,

auraient sans doute échappé à la thrombose. Et nous devons étendre encore davantage les indications préventives de notre méthode.

La dernière observation, le seul échec apparent de notre méthode, est plus troublante en ce sens qu'une embolie a emporté un malade chez lequel, pour des signes veineux au niveau du membre inférieur, nous avions appliqué la bande élastique collante. Il faut considérer cependant — que le malade a été opéré pour calcul de la vessie, que les embolies à point de départ périvésical sont très fréquentes après une telle intervention — que le malade n'a pu bénéficier du lever précoce, — que l'embolie peut n'être pas rapportée au processus morbide du membre inférieur processus qui, cliniquement, paraissait jugulé, — que la bande élastique collante ne saurait à elle seule lutter efficacement contre la stase veineuse pelvienne. (1)

D'autre part, aucune des deux embolies qui se sont déclarées n'est apparue à l'occasion d'un mouvement de la promenade au lit. On pourrait donc compter cette observation comme un insuccès et non un échec, au même titre que les précédentes. Dans le doute nous préférons envisager ce décès comme un échec total de notre méthode (Observ. n° 22).

---

(1) Il semble cependant que grâce à la bande élastique collante, la circulation pelvienne soit, en fait, heureusement influencée par la bonne marche de la circulation veineuse au niveau des membres inférieurs.

VI

# Valeur rationnelle de la Méthode

Il faut s'incliner devant les faits. Les chiffres que nous venons de rapporter sont une preuve scientifique suffisante de la valeur de notre méthode. Mais il ne faut pas croire que celle-ci n'est pas théoriquement soutenable. Par des arguments que l'on peut ne pas accepter entièrement, que l'on peut discuter, auxquels on peut opposer d'autres arguments. Mais ceux-ci ne sauraient peser du même poids que des résultats cliniques, dans une controverse.

Nous avons rassemblé, dans le premier chapitre de ce travail, les nombreuses raisons que l'on doit invoquer en faveur du facteur stase dans la pathogénie des phlébites. Théoriquement on devait pouvoir prévenir de nombreuses phlébites post-opératoires en supprimant la stase veineuse au niveau des membres inférieurs et du bassin. Théoriquement, on devait pouvoir, alors même que la phlébite commençait à se manifester, en arrêter l'évolution en supprimant la stase, on devait, alors même qu'une légère infection s'était installée dans la paroi des veines dilatées ou dans leur contenu au mouvement ralenti, on devait éteindre le processus infectieux en réduisant le processus de stase sur lequel il se greffait. Admettant même que ce facteur infectieux soit primitif, il ne saurait avoir comme conséquence la formation d'une thrombose, que dans la mesure où le ralentissement du courant veineux dans la zone menacée lui donne prise. Qu'une stase irrite physiologiquement la paroi d'un vaisseau veineux, celle-ci réagit par des troubles vaso-moteurs : dilatation, ou

spasme localisés, qui loin de diminuer la stase l'augmentent, tout au moins au niveau de segments vasculaires. Dans ce cas encore la suppression de la stase doit avoir comme conséquence l'arrêt du processus phlébitique par l'intermédiaire d'une vasomotricité équilibrée et normale. En un mot, on devait réussir en plaçant la circulation veineuse du système cave inférieur dans les mêmes conditions post-opératoires que la circulation du système cave supérieur, à réduire dans celui-là le nombre des phlébites chirurgicales à la très faible proportion observée dans celui-ci.

Eviter la stase que favorise toute intervention, la supprimer lorsqu'elle apparaît et donne les premiers signes d'une phlébite, et *avant la formation du caillot phlébitique*, tel doit être le but du chirurgien. Ce qui n'est pas rationnel et ce qui nous choquerait si depuis plusieurs générations médicales cette habitude n'était admise comme un dogme, c'est la thérapeutique classique de l'immobilisation immédiate et prolongée. Immobiliser un malade au début d'une phlébite, c'est lui donner toutes les chances d'être victime d'une phlébite confirmée, c'est s'allier au processus morbide contre l'organisme.

Nous entendons l'objection : il y a des thromboses pelviennes qui évoluent sans signes cliniques appréciables et dont la première révélation est une embolie souvent mortelle. Raison de plus pour s'attaquer le plus précocement possible à la stase : avant l'opération — aussitôt après. Du reste les cas sont très rares où un malade présente une embolie que rien n'a fait craindre. Un interrogatoire minutieux aurait montré que le malade était candidat aux complications veineuses. Une surveillance très étroite aurait décelé un léger œdème du mollet, une douleur plantaire fugace, un signe discret de stase pelvienne : il n'en faut pas plus pour donner l'alarme et mettre en batterie toutes les modalités thérapeutiques que nous possédons.

Certes nous savons qu'il y a des phlébites infectieuses précédées par des manifestations inflammatoires locales ou géné-

rales — que ces phlébites sont caractérisées par des lésions de l'endoveine primitives et souvent étendues — que même une circulation rapide ne saurait empêcher la thrombose de se constituer sur cette endophlébite marquée. La majorité des phlébites médicales et bon nombre de phlébites puerpuérales font suite à un épisode fébrile. Mais nous pensons avec Nard que c'est un très petit nombre des phlébites post-opératoires que l'on doit considérer comme telles, que la majorité en doit être imputée à la stase, que l'on doit et peut prévenir et juguler.

Dans ce but l'emploi des tonicardiaques, des toniques plus particulièrement veineux, des anticoagulants, donne sans doute quelques résultats. Le lever précoce est une excellente prévention des accidents veineux post-opératoires. Mais si le lever précoce diminue le nombre des phlébites et des embolies, il ne les supprime pas dans une proportion qui nous satisfasse entièrement. La méthode de la bande élastique collante associée au lever précoce, nous a permis d'enregistrer des résultats dignes du plus haut intérêt, *résultats rationnels si l'on envisage qu'elle réalise au mieux la suppression de la stase, en faisant se compléter deux modalités thérapeutiques indiscutables : le mouvement et la compression veineuse régulière.*

VII

# Technique - Application de la bande élastique collante

Nous choisissons pour appliquer les bandes élastiques collantes, deux rouleaux de 6 cm. de large pour le pied et la jambe, et un autre de 8 cm. de large pour la cuisse.

Le malade étant allongé, on rase et décape soigneusement à l'éther le membre que l'on se propose de bander. Il faut ensuite le vider de son sang veineux en le maintenant dans une position verticale pendant dix bonnes minutes. Ce temps indispensable terminé, on pose la bande élastique collante en commençant par le pied. Les orteils sont laissés libres mais le premier circulaire doit prendre juste au-dessous d'eux. De là jusqu'à la racine de la cuisse et presque jusqu'à la crête iliaque en dehors, on poursuivra l'application de la bande élastique collante en circulaires rapprochés et en circulaires seulement, et de telle sorte que toute la surface cutanée soit recouverte par une spire continue systématique du pied vers la racine de la cuisse. Chaque circulaire doit empiéter sur le précédent d'une largeur suffisante pour que, lorsque le malade mobilisera sa jambe, aucune zone cutanée ne se découvre aux plis de flexion. Cette condition implique qu'au niveau de la face antérieure de la cheville et du coude-pied les circulaires seront très rapprochés pour que les mêmes circulaires, à la face plantaire et au talon, réalisent l'empiètement désirable. De même au niveau de la face interne du haut de la cuisse, pour que les circulaires permettent de recouvrir en dehors jusqu'à la crête iliaque. Pour réaliser

l'adhérence parfaite de la bande élastique collante aux téguments, il suffira d'appliquer pendant quelques heures, par dessus celle-ci, un circulaire de bande Velpeau.

La bande élastique collante doit être posée sous une traction assez forte certes pour empêcher le membre inférieur de se remplir à nouveau de sang veineux lorsque le malade se lèvera, mais assez légère pour permettre une circulation suffisante et la nutrition des tissus. Il faut atteindre un certain degré de compression. seule condition un peu délicate à réaliser dans cette manœuvre, et qui est d'un grand intérêt, car si la bande est trop serrée, le malade souffrira davantage au lieu d'être soulagé et pourra présenter différents troubles dus à l'ischémie : fourmillements, œdème et refroidissement des orteils qui prendront une teinte violacée. Si par contre la bande est trop lâche, l'effet recherché risquera de n'être pas atteint. D'autre part il est très important, surtout lorsqu'on s'applique au traitement abortif d'une phlébite, de ne pas avoir à recommencer deux jours plus tard par exemple une manœuvre que parfois l'on pouvait hésiter à faire pour la première fois, quand l'indication en est un peu tardivement posée.

On prendra la précaution de maintenir le pied à angle droit environ avec la cheville au moment de bander cette région. En outre il y aura lieu souvent de réaliser au niveau du talon deux ou trois « crans » sur les circulaires qui le recouvrent, mais en ayant soin, là plus qu'ailleurs, de ne pas faire de plis qui seraient douloureux, irriteraient la peau et pourraient l'ulcérer.

Une bande collante régulièrement posée est fort bien supportée, et pendant plusieurs semaines. L'oxyde de zinc qui entre dans la composition de la pâte collante est un sédatif absorbant. Nous avons pu ainsi appliquer la méthode à des membres inférieurs qui présentaient des plaies, même en voie de suppuration. Par ailleurs la sueur n'est pas retenue, ce qui évite toute macération.

Tout ceci permet de laisser en place sans inconvénient la

bande élastique collante jusqu'à ce qu'elle se décolle spontanément, c'est-à-dire le plus souvent après plus d'un mois.

Nous avons observé de très rares fois un érythème punctiforme qui commandait par ses symptômes subjectifs l'ablation de la bande, mais jamais avant que l'effet thérapeutique n'ait été pratiquement obtenu,

On pourrait craindre que la bande étant trop serrée, des troubles graves allant jusqu'à la gangrène, ne se produisent. La douleur dans le membre bandé doit donner l'alerte comme dans un membre plâtré. Il suffirait alors de couper sur place chaque circulaire, mais nous n'avons jamais dû recourir à cet expédient.

VIII

# Indications chirurgicales de la Méthode

Voici les indications que pose Nard dans sa Communication à la Société de Chirurgie de Bordeaux : Elles sont de trois ordres.

I. **Prévention des phlébites post-opératoires.**

Bien entendu Nard se conforme aux données classiques : examen systématique avant l'intervention du temps de saignement et du temps de coagulation, prescription de citrate de soude par voie buccale avant l'opération si le laboratoire montre un temps de coagulation diminué, après celle-ci lorsque l'on soupçonne que le malade est candidat aux thromboses. Tonicardiaques ou diurétiques lorsque la clinique en prouve l'utilité. Lever pré-opératoire et gymnastique respiratoire. Hydratation pré et post-opératoire. Enfin application du lever précoce tel ou presque que le recommande Chalier, et avec d'autant plus d'empressement que les malades sont plus âgés ou semblent prédisposés aux accidents veineux post-opératoires. Lorsque le lever précoce est contre-indiqué, il faut le remplacer par la promenade au lit et la gymnastique respiratoire.

*La bande élastique collante est appliquée préventivement*, la veille de l'opération ou le soir de celle-ci, *à tout malade suspecté de prédisposition aux accidents veineux* : soit par hypercoagulabilité sanguine, soit par défectuosité du système veineux du membre inférieur ou pelvien (varices superficielles ou profondes, hémorroïdes) soit par un passé phlébitique, soit que les conditions ou la nature de l'intervention fassent

redouter une phlébite ou un embolie (fibrome infecté, césarienne infectée, cystotomie pour calcul vésical). Et la bande élastique collante sera appliquée aux deux membres inférieurs, pour faire bénéficier le système cave inférieur d'une circulation favorable.

On ne saurait trop étendre les indications préventives de la méthode, en recherchant avec soin les tares veineuses.

*Nous n'avons jamais vu un malade que nous avions pu soigner préventivement par notre méthode complète, c'est-à-dire avec son association systématique au lever précoce, faire après l'intervention une complication veineuse.*

### II **Traitement abortif des phlébites chirurgicales.**

*Si un malade* pour lequel le traitement préventif n'a pas été appliqué, soit parce qu'opéré d'urgence, il n'a pu être préparé, soit parce qu'aucune indication de ce traitement n'a été retenue, *présente au cours des suites opératoires un signe quelconque de complication au niveau des membres inférieurs ou du bassin* : douleur du mollet ou plantaire — œdème léger — sudation anormale — hémorroïdes douloureuses — rétention d'urine, *il faut qu'immédiatement*, et même en l'absence de tout médecin, *quelqu'un pose la bande élastique collante*. Dans les cas — les plus fréquents — où ce début est totalement apyrétique, et si le malade ne se lève pas déjà, il faut recommander à celui-ci de marcher, et de continuer cette méthode ambulatoire les jours suivants même si une légère fièvre s'installe, ou si une douleur persiste, spontanément ou à la palpation. Lorsque le lever précoce est contre-indiqué, il faut prescrire la promenade au lit et la respiration artificielle.

Tous les malades que nous avons traités ainsi pour un début de phlébite post-opératoire ont accusé les bons résultats suivants :

diminution très rapide de l'élément douloureux ;

absence de retour offensif de l'œdème ;

non apparition d'un état nettement infectieux.

En un mot, guérison du processus phlébitique à son début. Les suites plus lointaines ne font que corroborer cette assertion : la bande est fort bien supportée, l'ensemble même de la courbe accuse le bénéfice du lever précoce; quand la bande est retirée, les téguments sont en bon état, il n'y a plus trace d'œdème. Aucun de ces malades, même traité un peu tardivement, n'a eu à souffrir de la moindre séquelle.

Quand les signes de phlébite post-opératoire au début font suite à un épisode fébrile, et que l'élément infectieux paraît à considérer, il faudra pour appliquer la méthode se fier au sens clinique. Nous n'avons jamais reculé devant des cas de phlébites à leur tout premier début, et chaque fois nous avons pu, par notre méthode juguler et l'élément mécanique et l'élément infectieux. Nard rapporte le cas d'une malade qui, ayant ouvert spontanément dans le vagin un volumineux pyosalpinx, fit pendant plusieurs jours encore une pelvipéritonite avec mauvais état général, et courbe thermique accidentée. Laissée au lit, cette malade présenta un jour des signes de phlébite au début. Nard décida d'appliquer immédiatement la bande élastique collante et de lever la malade. L'amélioration fut rapide, et cet épisode marqua la fin d'une longue période fébrile. Mais il faut reconnaître que c'est là un cas limite, qu'une observation favorable ne prouve pas que cette conduite doive être adoptée dans tous les cas analogues.

### III. **Devant une phlébite post-opératoire déclarée.**

Lorsque pour une raison quelconque, le traitement abortif n'a pas été appliqué suffisamment tôt et que la phlébite est installée, on pourra avec profit appliquer la bande élastique collante aux deux membres inférieurs, mais laisser la malade au lit, et sous couvert d'une surveillance très étroite, en sectionnant sur place chaque circulaire sans le décoller, si des signes de compression apparaissaient.

IX

# Extension de la Méthode aux Phlébites médicales

Le traitement par la bande élastique collante et la méthode ambulatoire ne s'adresse pas seulement aux phlébites chirurgicales. Nard l'a employé avec plein succès depuis le même moment à deux affections qui sont médicales : les phlébites variqueuses et les phlébites de la grossesse.

## I. **Traitement des phlébites variqueuses.**

La phlébite variqueuse, moins à redouter pour ses embolies, très rares, que pour sa déséspérante ténacité, oblige les malades à rester au lit de longues semaines, avec fièvre et douleurs qui rendent redoutable cette complication. Nous avons signalé les travaux de Denier sur la radiothérapie des périphlébites, et ceux de Laubry, Louvel et Beau sur leur traitement par l'ionisation salicylée. Ils sont certes du plus haut intérêt, mais la bande élastique collante et la méthode ambulatoire, nous paraissent une thérapeutique plus sûre, plus rapide, plus simple. Toutes les phlébites variqueuses que nous avons traitées par notre méthode, et dont nous donnons quelques observations, ont été si rapidement et si infailliblement guéries, que nous voyons dans ce procédé le traitement de choix de toutes les périphlébites à n'importe quel moment de leur évolution.

Tous les malades accusent quelques heures après l'application de la bande élastique collante, un apaisement consi-

dérable de la douleur, et celle-ci disparaît totalement dans les deux jours qui suivent. Il faut associer au bandage le lever et la marche. Beaucoup, alités depuis fort longtemps, n'osent pas se lever, mais une fois décidés, c'est avec joie, car sans souffrir, qu'ils font leur première promenade. La température est heureusement influencée, et redevient normale en peu de jours. Enfin les malades, complètement guéris, peuvent reprendre leurs occupations. L'un d'eux, cultivateur, s'est remis immédiatement à travailler au labour de sa vigne. Lorsque la bande élastique collante est retirée, tous les signes d'inflammation ont disparu : les téguments ont repris leur coloration normale, il n'y a plus d'œdème. On peut sentir rouler sous le doigt, indurés mais indolores, les cordons veineux responsables de l'inflammation. Rappelons ici l'admiration de Fildermann devant les résultats qu'il a constatés sur un malade de sa clientèle que Nard avait traité par sa méthode.

Les varices elles-mêmes ne sont pas améliorées par la bande élastique collante et devront être ultérieurement traitées.

Les périphlébites compliquées d'ulcère variqueux ou venant à la suite de celui-ci, ne sont pas justiciables de ce traitement, mais on peut appliquer la bande sur une jambe portant une plaie traumatique, même suppurée.

### II. **Traitement des phlébites de la grossesse.**

La bande élastique collante et la méthode ambulatoire sont le traitement de choix des phlébites de la grossesse. Cette affection, non moins désespérante que la phlébite variqueuse, immobilise la femme enceinte, lui rendant la gestation pénible et dangereuse, vient assombrir le pronostic de l'accouchement et des suites de couches. Nard a guéri par sa méthode des malades immobilisées depuis plusieurs semaines, les rendant à une vie normale, et leur permettant d'attendre l'accouchement dans des conditions parfaites.

## III. Extension possible de la méthode aux phlébites médicales et obstétricales infectieuses.

Nous avons personnellement pensé qu'il était possible, dans certaines circonstances, d'étendre les indications de la méthode à certaines phlébites infectieuses prises tout à fait au début. L'exemple d'une phlébite à la fois chirurgicale

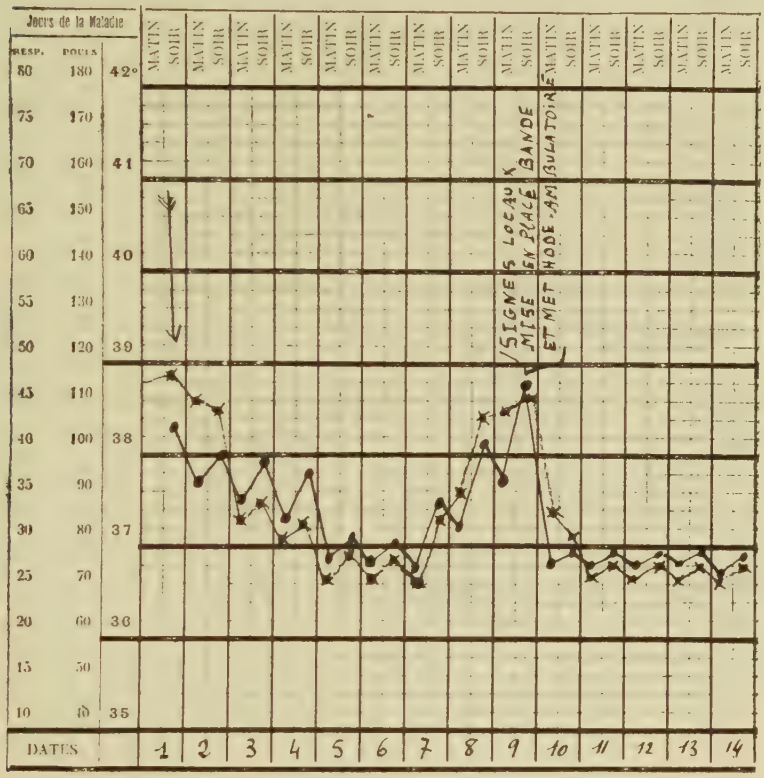


FIG. 1. — Courbe de l'observation n° 18
Forme de début très nettement infectieux. — Montre que notre méthode, appliquée très précocément, peut juguler des phlébites primitivement microbiennes.

médicale et obstétricale, mais d'origine très nettement microbienne, que la méthode complète a immédiatement jugulée, (fig. I.) fut pour nous la preuve que le traitement abortif mis au point par Nard pour les phlébites post-opératoires,

pouvait être appliqué aux phlébites médicales infectieuses ou obstétricales à leur première manifestation veineuse. Autorisés et soutenus par MM. les chefs de service des pavillons de Médecine et de la Maternité, que nous tenons à remercier ici, nous avons recherché des cas favorables, c'est-à-dire où la bande élastique collante et la méthode ambulatoire pussent être appliquées simultanément. Nous avons entrepris cette tâche trop tardivement pour rapporter un nombre d'observations autorisant une conclusion. Nous avons du reste laissé passer, par notre faute, un cas très approprié à cette thérapeutique. Mais nous sommes persuadés qu'il y a là un champ d'étude d'un très grand intérêt et souhaitons que d'autres s'attachent à expérimenter une thérapeutique qui doit, bien appliquée, donner des résultats heureux.

Ce que nous sommes certains de pouvoir faire dès maintenant, sans danger pour le malade et toujours avec profit, c'est,en présence d'une phlébite infectieuse installée, d'appliquer aux deux membres inférieurs la bande élastique collante, avec une douceur toute particulière, sans lever le malade et en laissant évoluer la phlébite. On évitera, par cette manœuvre, la propagation du processus phlébitique, et l'installation de séquelles importantes, ce qui est déjà très appréciable.

X

# OBSERVATIONS

Nous avons relevé quelques observations récentes ou particulièrement typiques, et que nous groupons suivant les différentes indications développées dans les chapitres précédents.

## *Premier Groupe*

### Application préventive de la méthode.

Deux observations où l'application préventive de la bande élastique collante, a permis à des malades opérées de fibromes sphacélés, infectés et donnant des troubles de la circulation de retour, de présenter des suites normales ou presque.

#### *OBSERVATION I*

Malade opérée d'hystérectomie pour fibrome infecté avec pyosalpinx, en très mauvais état général. On avait chez elle bandé préventivement les deux membres inférieurs. Suites opératoires fébriles (38°,5) jusqu'au quatrième jour, date où la malade est levée, puis température normale jusqu'au dixième jour, après lequel la fièvre s'installe et monte chaque soir à 38°. Pourtant le ventre va bien, les

points sont enlevés, mais la malade se plaint de ses mollets surtout le gauche. Il s'est passé certainement là, de par l'examen clinique, une réaction inflammatoire des veines des membres inférieurs. Nous sommes autorisés à penser que cette malade, sans bandage, aurait fait une phlébite confirmée sinon deux. Or la malade a quitté la clinique sans incident, et les membres inférieurs examinés après que la bande a été retirée, ont paru normaux, sans le moindre trouble circulatoire.

### *OBSERVATION II*

Madame J., 48 ans.

En septembre 1935, Mme J. est envoyée d'urgence par son médecin pour troubles de compression du petit bassin par un gros fibrome, pour lequel la malade avait refusé antérieurement l'intervention. En examinant la malade qui a une température à 38°, et qui souffre beaucoup du bas-ventre, on observe que les deux membres inférieurs surtout le gauche sont œdématiés. La tumeur est coincée dans le pelvis remplissant le Douglas et atteignant le pubis; elle a le volume de la tête d'un fœtus à terme. On apprend en outre que la malade a de la pollakiurie et qu'elle n'a pas pu aller à la selle depuis quatre jours.

On met immédiatement en place la bande élastique collante, et après examens rapides des urines et de l'urée sanguine, on intervient sous éther : gros fibrome développé surtout dans le ligament large. Les pédicules et toutes les parties molles du petit bassin son œdématiées. Hystérectomie sub-totale de droite à gauche difficile. L'appendice, sain, est laissé en place pour abréger. Suture sans drainage. Les suites sont des plus satisfaisantes : la température redevient normale le troisième jour. Le quatrième, on lève la malade sans incident. Les membres inférieurs ne sont pas douloureux. L'opérée quitte l'hôpital le quinzième jour en excellent état.

On nous accordera que cette malade avait de nombreuses raisons de faire une phlébite : fibrome, sphacélé, infecté, entraînant des troubles de la circulation veineuse. Et cette observation, purement négative, est typique de l'intérêt de notre méthode pour ce qui est de la prévention des accidents veineux.

## Deux observations de malades porteurs de varices à qui la bande élastique collante a été appliquée préventivement ou très précocement.

### *OBSERVATION III*

M. S., 65 ans.

Envoyé pour hydrocèle droite. On garde ce malade quelques jours en salle commune avant d'intervenir, pour différents examens de laboratoire. Porteur de varices profondes surtout au mollet gauche, ce cultivateur qui reste là à ne rien faire, souvent immobilisé, au lit plus longtemps chaque jour que d'l abitude, accuse bientôt au niveau du membre inférieur gauche des signes de périphlébite au début : le mollet est douloureux spontanément et à la palpation, il est augmenté de volume, la température s'élève progressivement. Mise en place de la bande élastique collante à la jambe gauche. Le syndrome de phlébite variqueuse étant très vite jugulé, on intervient sous anesthésie locale : hydrocèle en voie de transformation en hématocèle. Le haut de la bande collante ayant été souillé par la teinture d'iode et le goménol, celle-ci est immédiatement remplacée par une autre. On place également la bande élastique collante au membre inférieur droit qui présente lui aussi des varices. Le malade ayant une légère suppuration de la plaie, on attend le sixième jour pour le levèr. Mais il est justiciable de la promenade au lit, qu'il exécute très consciencieusement. Aucune poussée nouvelle ne se manifeste au niveau des membres inférieurs et le malade quitte l'hôpital le vingttième jour en très bon état.

### *OBSERVATION IV*

Mme S., 40 ans. Dr. B.

Envoyée pour metrorrhagies abondantes, cette malade entre au début de décembre 1936. A l'examen : utérus augmenté de volume et peu mobilisable, le cul de sac vaginal gauche est empâté. On note dans le passé de cette malade quelques crises douloureuses abdominales, non fébriles semble-t-il et sans rapport chronologique avec

deux grossesses arrivées normalement à terme. La malade se plaint d'une leucorrhée abondante depuis plusieurs années.

Par ailleurs Mme S., nous apprend que très souvent le soir après sa journée de travail, elle souffre du mollet droit, qu'en même temps la cheville est le siège d'un léger œdème, disparu après la nuit de repos. On ne note pas de varices superficielles. Tout diagnostic de néphrite et de cardiopathie devant être écarté, il faut mettre ces troubles sur le compte de varices profondes. On décide d'opérer la malade pour utérus fibromateux et annexite, sans lui appliquer préventivement la bande élastique collante. A l'intervention, le 29 novembre, sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale : utérus fibromateux, hydrosalpinx gauche très adhérent à la sigmoïde et légèrement dans le Douglas. Hystérectomie subtotale de droite à gauche, difficultés d'hémostase de la région cruantée, on referme néanmoins sans drainer après appendicectomie banale. Les suites immédiates sont bonnes, mais le troisième jour la malade à qui nous avons dit l'importance du moindre signe au niveau de sa jambe droite, accuse une légère douleur au mollet qui est un peu plus gros que l'autre. On met en place immédiatement la bande élastique collante et comme la malade paraît avoir admirablement supporté l'intervention, on la lève dès ce troisième jour. Les jours suivants se passent sans incident et la malade quitte le pavillon le seizième jour.

## *Deuxième Groupe*

### Traitement abortif de phlébites post-opératoires.

*OBSERVATION V*

Intéressante, parce que typique d'une phlébite post-opératoire à début apyrétique, chez une malade opérée pour fibrome. (Fig. n° 2).

Mme B., 34 ans.

Entre à la clinique pour gros fibrome utérin. A l'intervention on trouve la tumeur enclavée et en début de sphacèle. Hysterectomie sub-

totale, sutures sans drainage. Les suites immédiates sont excellentes, la malade est levée le quatrième jour. Mais le septième, alors que la température est à 37°, dans l'après-midi, et très rapidement, le mollet

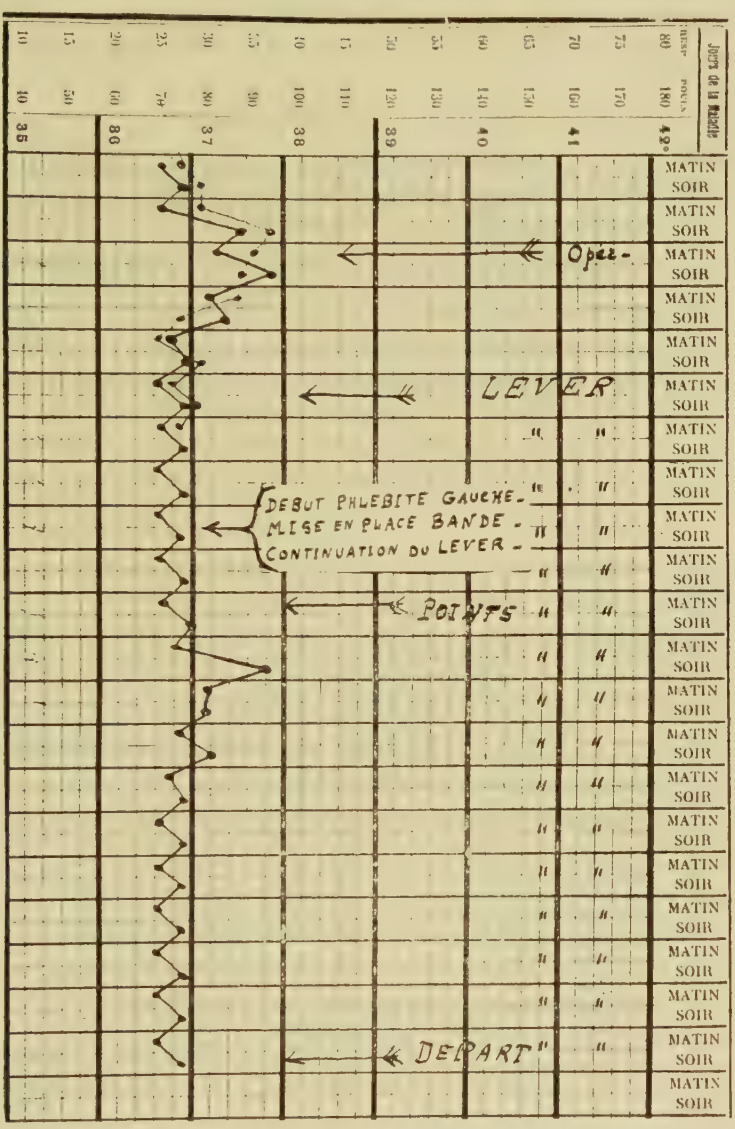


Fig. 2. — Courbe de l'observation V
Intéressante parce que typique de la phébite post-opératoire à début apyrétique, comme la plupart de celles que nous rapportons.

gauche augmente de volume. Il est le siège d'une douleur très violente qui arrache des cris à la malade. Le mollet est œdématié, violet, tendu, chaud, la pression en est fort douloureuse. On place tout de suite la bande élastique collante selon la technique habituelle. La douleur diminue rapidement, elle est presque nulle le lendemain matin, la température n'a pas changé. On continue à lever la malade dès ce jour et les jours suivants. Les points sont enlevés le neuvième jour, le lendemain la température monte à 37°,8 mais redevient normale le douzième jour et jusqu'au départ. L'opérée se promène dans le pavillon, sa jambe est indolore.

Un interrogatoire serré permet de déceler chez cette malade, adipeuse et congestive, des signes de varices profondes du mollet gauche. Nous avons revu récemment notre intéressante malade. La bande a été enlevée, le membre inférieur gauche est d'apparence tout à fait saine.

### *OBSERVATION VI*

Mme C., 42 ans. Cultivatrice.

Entre le 22 décembre 1936, envoyée d'urgence par son médecin traitant qui craint une grossesse extra-utérine rompue. En effet l'histoire est la suivante : petit retard de règles, pertes chocolat, petites crises douloureuses répétées chaque jour. Le col est dur, l'utérus de volume normal, mais très douloureux à la mobilisation. Le Douglas est un peu plein, on sent une masse annexielle droite. L'état général est bon et l'on attend le lendemain matin pour opérer cette malade qui est mère de cinq enfants.

Laparotomie médiane sous éther. Grossesse ectopique droite fissurée avec légère hémorragie intra-péritonéale. Ovario-salpingectomie droite. L'appendice paraît malade, mais, suivant la règle, on le laisse en place. Sutures sans drainage. Le deuxième jour apparaît un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac que la thérapeutique classique améliore rapidement. Le quatrième jour la malade se plaint à nous du creux poplité gauche et de la plante du pied. La peau de tout le membre est marbrée, le mollet est un peu plus gros que le

droit. Cependant l'état général est satisfaisant, la température est à 37°. Mise en place de la bande élastique collante. On lève la malade le lendemain. Elle ne souffre plus, se promène avec sa jambe bandée et quitte le service le dix-septième jour.

### *OBSERVATION VII*

Candidate, par un passé phlébitique, aux complications veineuses post-opératoires, mais opérée d'urgence.

Mme M., 29 ans.

Entre avec le diagnostic de fœtus mort « in utero » au troisième mois. Sous anesthésie Evipan sodique on dilate le col. Le curetage est difficile, le placenta étant compact et adhérent. On perfore l'utérus. On décide l'hystérectomie immédiate, l'Evipan injecté sert d'anesthésie de base. On donne en complément de l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. La corne droite est perforée. Hysterectomie sub-totale. Drainage à la Mickulicz.

Le col a été déchiré au cours de la dilatation : pinces à demeure. Les suites sont bonnes chez cette malade pourtant infectée et asthénique. Le Mickulicz est sorti le onzième jour. L'opérée, que l'on n'a pas levée, se plaint le quatorzième jour de douleur dans le mollet et la région plantaire droits, il n'y a pas de fièvre. La malade nous apprend alors qu'elle a eu une phlébite après accouchement, il y a trois ans. On applique la bande élastique collante, mais on laisse la malade au lit, à cause du large drainage. Cependant on lui conseille une gymnastique au lit très suivie. L'amélioration est très rapide, tout signe phlébitique ayant disparu le surlendemain. La malade est levée le vingtième jour et part bientôt en excellent état.

### *OBSERVATION VIII*

M. N., 65 ans.

Malade très congestif envoyé pour rétention d'urine aiguë. Au toucher rectal on note de grosses hémorroïdes et un volumineux adénome prostatique. On pratique une cystostomie d'urgence à l'anesthésie

locale. Les suites sont satisfaisantes et apyrétiques. Cependant le septième jour ce malade qui n'a pas été levé, présente un mollet gauche un peu œdématié. Le lendemain seulement il attire notre attention parce qu'il souffre. La température est normale. Devant cette phlébite menaçante, nous décidons d'appliquer tout de suite la bande élastique collante, regrettant d'avoir perdu vingt-quatre heures.Mais les résultats habituels sont obtenus. Le malade n'est pas encore levé mais il bénéficie de la promenade au lit. C'est un sujet indemne de toute phlébite qui est opéré le vingt-unième jour de prostatectomie sous anesthésie Evipan sodique. Les suites de ce deuxième temps sont banales.

*OBSERVATION IX*

M. D., 42 ans.

Envoyé d'urgence pour traumatisme de l'avant-bras gauche par coup de mine. Les délabrements très importants rendent impossible toute tentative de conservation. On ampute mais au minimum, avec mise en place de tubes de Carrel pour Dakin goutte à goutte continu. La température revient à la normale le dixième jour. Le vingtième jour le malade attire notre attention sur des fourmillements et des douleurs sourdes qu'il éprouve dans le mollet gauche. La température n'a pas varié. Le lendemain matin le pouls est à 110 et la température à 37°,6. En outre le mollet est tendu et fort douloureux à la palpation. C'est encore un cas où nous pouvons regretter une perte de temps, et nous appliquons immédiatement la bande élastique collante, en recommandant au malade de marcher comme normalement. Le soir de ce jour la température est à 38°,3, mais le malade ne souffre presque plus. Les jours suivants voient la température et le pouls redevenir normaux tandis que tous les signes locaux ont disparu. Tout danger est écarté malgré le retard dont nous sommes responsables dans l'application du traitement abortif des phlébites post-opératoires.

*OBSERVATION X*

Intéressante parce qu'elle rapporte une phlébite pelvienne au début arrêtée par notre méthode.

M. S., 62 ans. Cultivateur.

Ce malade congestif mais dans le passé duquel on ne trouve rien à signaler, est opéré en novembre dernier d'appendicectomie à froid, sous anesthésie locale. C'est un craintif qui n'ose pas le moindre mouvement dans son lit après l'intervention. Le second jour ce malade qui avait très bien uriné spontanément la veille, fait une rétention qui oblige à le sonder. D'autre part il se plaint de l'anus et nous constatons la présence d'hémorroïdes externes douloureuses. Nous plaçons la bande élastique collante aux deux jambes, et insistons sans arrêt auprès du malade pour qu'il bouge. Le troisième jour nous forçons le malade à se lever et à marcher, ainsi que les jours suivants. La rétention d'urine a disparu, les hémorroïdes ont diminué de volume et sont devenues indolores. Jamais au cours de ces suites opératoires un peu troublées la température n'a dépassé 37°. Ce malade a fait une stase pelvienne aseptique, de celles qui tuent d'embolies lorsque l'attention n'est pas attirée sur elles comme dans ce cas favorable. Mais l'attention ne doit pas être attirée par des signes, elle doit être en éveil constant et rechercher la plus petite manifestation veineuse avant qu'elle s'impose à l'esprit pour déclencher le traitement approprié.

## *Troisième Groupe*

**Phlébites variqueuses plus ou moins avancées très rapidement guéries par la bande élastique collante et la méthode ambulatoire.**

*OBSERVATION XI*

M. D., 50 ans. Cultivateur.

Porteur de varices très volumineuses, ce malade observe, après une petite plaie d'un orteil, une légère rougeur du cou-de-pied. En outre ses varices deviennent douloureuses à la station debout. En peu de jours, la jambe se gonfle, les varices très grosses, sont extrêmement douloureuses. La peau est à leur niveau violacée et tendue. La fièvre apparaît, le malade doit s'aliter. C'est avec le tableau d'une périphlébite en période d'état que nous voyons ce malade. La température est à 38°,5. L'inflammation a gagné la face interne de la cuisse.

Nous plaçons la bande élastique collante et faisons lever ce malade. Dès le lendemain la douleur a beaucoup diminué, la température a baissé. Deux jours plus tard, le malade qui est en parfait état veut retourner travailler. Nous le laissons partir et le revoyons cinq semaines plus tard. Il est fort content de notre traitement, et nous affirme avoir pu vaquer à ses occupations pénibles sans le moindre inconvénient. Quand nous retirons la bande on note que tout signe d'inflammation a disparu. Les varices se remplissent assez rapidement de sang et reprennent, au dire du malade, le même aspect qu'avant l'incident infectieux.

*OBSERVATION XII*

Mme P., 60 ans.

Habituée à payer un lourd tribut aux complications veineuses, Mme P. a eu en effet deux phlébites puerpuérales que des varices très volumineuses des deux jambes ont probablement favorisées. Cliente annuelle de Bagnolles-de-l'Orne, cette malade souffre de ses varices à la moindre fatigue. En septembre 1935 son état s'aggrave, elle ne peut plus faire un pas, ses varices sont gonflées, rouges, tendues.

douloureuses, la fièvre s'est installée, la malade ne quitte pas son lit, Nous l'examinons en périphlébite bilatérale évoluant depuis dix jours. La bande élastique collante que nous appliquons aux deux jambes fait merveille et la malade se considère très vite comme guérie, elle vaque à ses occupations mieux qu'avant cette complication jugulée.

Lorsque cinq semaines plus tard les membres inférieurs sont libérés, les varices paraissent avoir diminué de volume, mais pour bien peu de temps. Néanmoins la malade ne souffre plus et se promet de reprendre le traitement qui l'a guérie si la périphlébite se renouvelle.

### *OBSERVATION XIII*

Mme J., 39 ans.

Cette malade présente un ongle incarné : ablation sous anesthésie locale en bague. Deux semaines plus tard apparaissent des signes de phlébite variqueuse de la saphène interne du côté opéré au niveau du mollet. Il y a une légère adénite inguinale, un peu de fièvre s'installe. On pose la bande élastique collante et la malade est invitée à marcher. Dès le lendemain toute douleur spontanée a disparu, la température est en dessous de 37°. La marche n'est plus pénible. Les jours suivants ne font que confirmer la guérison.

### *OBSERVATION XIV*

M. X., 45 ans. Manœuvre.

Ce malade nous arrive en se plaignant d'un mollet et nous dit avoir de la fièvre depuis plusieurs jours. Il a des varices depuis de longues années et, sans cause apparente, celles du mollet malade ont augmenté de volume, sont devenues douloureuses. La fièvre et les douleurs commandent le séjour au lit. Devant l'aggravation continuelle de l'état local et général le médecin traitant se décide à nous adresser ce malade. La température est 38°,4 le pouls à 110. Localement nous constatons que le mollet droit est énorme, en outre la peau est violacée, luisante, marbrée, tendue, très chaude. La plus légère tentative de palpation est douloureuse et nous n'insistons pas. Les ganglions inguino-cruraux sont le siège d'une adénite marquée. La saphène interne se palpe comme un cordon induré douloureux.

Nous sommes en présence d'une périphlébite typique et en évolution aiguë, à sa période d'état. Mais sachant que les embolies consécutives aux phlébites variqueuses sont rares, nous décidons de poser à ce malade et immédiatement, la bande élastique collante. Ce qui est fait, mais avec une douceur particulière. Le membre est maintenu longtemps en position verticale pour le bien vider, et nous bandons un mollet déjà diminué de volume.

Le lendemain matin la température est à 36°,8. Le malade ne souffre plus. Nous lui disons de se lever et de marcher. Il hésite, inquiet et sceptique, puis obéit. Les troubles généraux fonctionnels et locaux disparaissent en deux jours et le malade part complètement guéri.

## *Quatrième Groupe*

### Phlébites de la grossesse guéries par notre méthode.

*OBSERVATION XV*

Mme B., 40 ans.

Malade qui, ayant un passé phlébitique, est au septième mois d'une nouvelle grossesse, immobilisée et alitée par son médecin pour une phlébite évoluant avec une fièvre élevée, contre laquelle il épuise les ressources de la thérapeutique. Après trois semaines, comme aucune amélioration ne s'annonce. il l'envoie à l'Hôpital. Mise en place immédiate de la bande élastique collante. On fait lever aussitôt la malade. La guérison est très rapide. La malade finit sa grossesse normalement, et accouche sans complications.

*OBSERVATION XVI*

Mme C.

Cinq grossesses. passé phlébitique. Varices.

Au huitième mois d'une sixième grossesse, cette malade présente tous les signes d'une phlébite au début. Elle peut être aussitôt soignée par la bande élastique collante, et parvient au terme de sa grossesse en menant une vie tout à fait normale. L'accouchement et les suites de couches ne sont pas troublés par des complications veineuses.

*OBSERVATION XVII*

**Prévention de phlébite obstétricale.**

Nard rapporte le cas d'une de ses malades, qui après chacun de ses deux accouchements, avait fait une phlébite. Il demanda à son accoucheur d'appliquer préventivement la bande élastique collante, avant un troisième accouchement, et il n'y eut pas de phlébite. Pourtant le membre inférieur déjà responsable, était dans un bien mauvais état. Dans la suite Nard a dû opérer cette malade d'hystérectomie totale après nouvelle application préventive de son traitement : pas de phlébite.

## *Cinquième Groupe*

**Phlébites d'origine primitivement microbienne, apparues après un épisode fébrile.**

La première observation a trait à une phlébite que nous avons pu soigner dès sa première manifestation, et où la méthode ambulatoire a pu être associée à la bande élastique collante : le succès en fut éclatant, il est concrétisé par la courbe représentée à la figure I.

Les deux observations suivantes sont deux phlébites pelviennes secondairement propagées aux membres inférieurs, et soignées seulement à ce second stade. D'où l'impossibilité d'appliquer la méthode ambulatoire, le but à atteindre étant d'empêcher la propagation et de limiter les séquelles.

*OBSERVATION XVIII*

Mme B., 23 ans. Cultivatrice.

En février 1935, entre dans notre service pour appendicite toxique au cours d'une grossesse parvenue au deuxième mois. Le diagnostic se pose avec celui de grossesse extra-utérine et celui de perforation utérine par manœuvres abortives. Cependant comme la crise remonte

à plus de deux jours on met cette malade en observation sous une surveillance sévère. L'évolution confirme le diagnostic d'appendicite dont la crise s'amende rapidement. Tout paraît en effet rentrer dans l'ordre le cinquième jour. Mais le surlendemain la température remonte tandis que le pouls s'accélère. Aucun signe ne peut expliquer cette recrudescence, aucune complication abdominale, pulmonaire ou urinaire ne paraît à redouter. Le lendemain le pouls grimpe encore et la température atteint 38°,8. Ce n'est qu'un jour plus tard qu'apparaissent des signes de phlébite au début : œdème blanc de la cheville du mollet, douleur plantaire et du creux poplité. Nous hésitons longuement devant ce tableau de phlébite infectieuse qui évolue certainement depuis trois jours pleins. Mais nous décidons néanmoins d'appliquer notre traitement habituel, y compris la méthode ambulatoire. Ce traitement réussit en tous points : la température retombe à la normale, le pouls se calme dès le lendemain, les signes locaux et fonctionnels disparaissent. Bref tout rentre dans l'ordre : cette phlébite attaquée tardivement est complètement enrayée (Figure 1).

Peu après on intervient, la malade ayant reçu une injection de morphine. L'appendice est nettement malade, adhérent au cœcum. L'incision de Mac Burney permet de voir avec tous les ménagements désirables un utérus gravide de trois mois environ et des annexes droites absolument saines. La bande élastique collante est encore en place quand la malade quitte le service en parfait état.

### *OBSERVATION XIX*

Mme D., 30 ans.

Vingt jours après un accouchement banal avec suites de couches satisfaisantes, cette malade est prise d'un frisson avec courbature fébrile. Le lendemain toux sèche, point de côté progressif. Le médecin traitant constate un foyer congestif à la base droite, avec un souffle de condensation. Lorsque nous sommes appelés au pavillon de médecine, nous confirmons ce diagnostic, après avoir pensé à un infarctus pulmonaire. Mais le point de côté a été progressif, et nettement secondaire à un état fébrile. Du reste cette congestion pulmonaire évolue de façon classique, les crachats n'ayant jamais été rouillés ou hémo-

ptoïques. Le cinquième jour tout est rentré dans l'ordre. Le septième jour la malade se plaint du mollet gauche qui est tendu, douloureux à la palpation. On provoque également une douleur plantaire des plus nettes. La température est à 37°,9. Nous ne voyons la malade que le lendemain, or les signes locaux ont progressé, et la température atteint 38°,3. En interrogeant la malade on décèle que depuis deux jours il y a de la pollakiurie douloureuse. Au toucher vaginal la mobilisation utérine est douloureuse, le cul de sac gauche est empâté. L'origine de la phlébite est donc certainement pelvienne chez une malade récemment accouchée et médicalement infectée. D'autre part il est bien tard pour appliquer un traitement abortif. Nous décidons donc de poser avec beaucoup de douceur la bande élastique collante au membre atteint en remontant le plus haut possible vers l'arcade crurale, et laissons la malade au lit. Nous avons eu le tort de ne pas appliquer ce même traitement au membre sain, préventivement. En effet le dix-huitième jour, alors que la température est depuis longtemps revenue à la normale et que la malade ne souffre plus du tout de la jambe gauche, nous sommes appelés en pleine nuit auprès d'elle, parce qu'elle vient d'être prise subitement d'un violent point de côté gauche, avec une dyspnée intense et tachycardie. Nous apprenons également que le membre inférieur droit, jusque là indemne, est douloureux et œdématié depuis deux heures environ. Nous sommes en présence d'une nouvelle poussée phlébitique, signant la participation pelvienne et dont l'embolie pulmonaire que nous avons à soigner a été presque la manifestation initiale. L'infarctus fut traité selon la thérapeutique classique, et son évolution, confirmée par des crachats hémoptoïques, fut heureuse. Nous n'avons pas osé appliquer au membre inférieur droit la bande élastique collante de crainte de libérer un nouveau caillot. Nous l'avons donc immobilisé en gouttière ouatée, laissant évoluer la phlébite. Après une semaine de fièvre, une semaine d'accalmie. Puis second infarctus pulmonaire, à droite cette fois-ci, et cliniquement semblable au premier. Mais le foyer pulmonaire qui en résulte revêt une gravité plus grande. On prescrit du Rubiazol en comprimés et des injections de Septicémine intraveineuses.

Après trois semaines d'apyréxie la gouttière est enlevée et l'on com-

mence la mobilisation prudente de la jambe droite. Le membre gauche est toujours bandé. Bientôt la malade est levée. A ce moment la bande élastique collante se détachant spontanément est enlevée. On note avec satisfaction que ce membre est en parfait état, n'est pas le siège du moindre œdème, du moindre trouble trophique ni de la plus légère incapacité fonctionnelle. Il n'en est pas de même naturellement du membre inférieur droit que l'on continue à traiter par la mobilisation progressive et des massages.

Nous avons revu tout récemment cette malade. Elle souffre beaucoup de sa jambe droite à la plus petite fatigue. Elle est le siège d'un œdème mou important. A gauche par contre aucun trouble fonctionnel n'est à regretter, et l'aspect physique est normal.

Nous ne pouvons nous défendre d'un certain remords au sujet de cette malade, et qui est celui-ci : à la première manifestation phlébitique, soupçonnant une atteinte primitivement pelvienne, nous avons posé la bande élastique collante au membre inférieur gauche et laissé la malade au lit; connaissant la valeur préventive de notre traitement, nous aurions dû, dès cet instant, l'appliquer à l'autre membre qui était encore sain et immobiliser de la même façon. Nous n'aurions sans doute pas évité à cette malade les deux embolies auxquelles elle a heureusement survécu, mais nous aurions évité certainement la propagation du processus phlébitique au membre inférieur droit, et par là même évité les séquelles importantes dont il est le siège.

C'est pour ces raisons que nous avons décidé, dans un cas semblable de poser la bande élastique collante aux deux jambes, immédiatement et même si rien n'attire à leur niveau notre attention. C'est ce que nous avons eu l'occasion de faire très peu de temps après.

### *OBSERVATION XX*

Mme P., 32 ans.

Entre à l'hôpital, pavillon d'isolement, envoyée par son médecin pour phlébite gauche. Cette malade, qui a accouché très normalement il y a trois semaines, souffre depuis trois jours de la fosse iliaque gauche. En même temps, elle a éprouvé de la difficulté pour uriner, des douleurs assez violentes au niveau de l'anus, avec de fausses envies d'al-

ler à la selle. La nuit survenaient des sueurs abondantes. La veille du jour où nous la voyons, elle a constaté un gonflement douloureux dans la région crurale gauche. Son médecin qu'elle n'a appelé que le matin du jour de son entrée, l'envoie immédiatement. En vingt-quatre heures le processus a considérablement évolué : l'œdème est très étendu, le membre est violacé, douloureux. La température est à 38°,4, le pouls à 110. C'est donc une phlébite pelvienne propagée au membre inférieur et confirmée que nous devons traiter. Ne croyant pas par cette manœuvre nuire à la malade plus qu'un transport en taxi, nous appliquons au membre inférieur gauche, la bande élastique collante, ne cherchant pas à réduire en totalité l'œdème constitué, mais à calmer les douleurs, et à limiter l'extension du processus. Nous ne pensons pas à lever cette malade trop tardivement soignée, mais il nous paraît primordial d'appliquer au membre inférieur droit qui est sain, la bande élastique collante pour prévenir la phlébite de ce côté-ci.

Les douleurs de la jambe gauche ont cédé en trente-six heures. Nous n'avons noté dans la suite que la douleur talonnière de l'alitement prolongé en immobilité totale. La phlébite a évolué de façon grave, la courbe thermique étant restée accidentée pendant trois bonnes semaines. Au douzième jour une douleur à la base gauche, assez subite, mais non suivie de signes physiques d'infarctus pulmonaire a probablement signé une petite embolie pulmonaire. L'empâtement du cul de sac vaginal gauche a gagné le Douglas et le cul de sac vaginal droit. Mais le membre inférieur droit que nous avions bandé préventivement est resté indemne, malgré quelques douleurs sourdes. Jamais un œdème n'a obligé de retirer ou de couper sur place chaque spire. Etant donné l'évolution de la maladie, nous avons quelques raisons de croire qu'il n'en aurait pas été ainsi, si nous n'avions pas institué cette thérapeutique préventive.

La malade est encore à l'heure actuelle à l'hôpital, mais elle se lève. La bande a été retirée à droite. Ce membre est sain. Une raideur articulaire du genou a rapidement cédé à la mobilisation rationnelle. Le membre inférieur gauche est le siège d'un œdème mou indolore peu important et nous pouvons penser que les séquelles seront réduites et peu en rapport avec la gravité de la phlébite qui les a engendrées.

## *Sixième Groupe*

**Observations des embolies post-opératoires**

survenues après les 4122 interventions sanglantes que comporte notre statistique.

La première est venue compliquer la seule phlébite post-opératoire que nous puissions enregistrer, et chez une malade qui n'a pu bénéficier de notre traitement.

La seconde indique les circonstances dans lesquelles un malade qui avait été soigné par la bande élastique collante, fit deux embolies graves. C'est le seul échec apparent de notre méthode.

Les dernières sont survenues chez des malades n'ayant présenté aucun signe de complication veineuse.

### *OBSERVATION XXI*

Mme X., 52 ans. Dr. F.

Entre à l'hôpital en mars 1936 pour tumeur ganglionnaire inguinale développée très bas dans le triangle de Scarpa. Cette malade est très adipeuse et congestive. Aucun antécédent important n'est à noter. A l'intervention le 24 mars, sous anesthésie rachidienne à la syncaïne, on tombe sur une masse mal encapsulée dont la dissection est difficile, et que l'on extirpe au prix d'une exérèse importante, comportant l'excision de plusieurs troncs veineux y compris la saphène interne. (Cette grosse intervention est légitimée par l'apparence maligne de la tumeur, confirmée par l'examen histologique). Les suites immédiates sont apyrétiques. Malgré l'envie que l'on a de lever cette malade obèse et pléthorique, on doit renoncer à cette thérapeutique à cause d'une lymphorrhagie abondante par la plaie. A la fin de la première semaine surviennent sur le membre opéré des signes de phlébite au début. Mais le siège de l'intervention nous empêche d'appliquer à cette malade notre traitement abortif des phlébites. Force nous est d'immobiliser le membre en gouttière ouatée. La phlébite évolue et le quinzième jour la malade meurt d'embolie foudroyante.

*Par conséquent, la seule phlébite que nous avons observée s'est déclarée chez une malade que nous n'avons pu ni lever ni traiter par la bande élastique collante. Loin de s'élever en faux contre notre méthode, ce cas ne peut que confirmer sa valeur.*

### *OBSERVATION XXII*

M. X., 65 ans.

Entre à la clinique pour gros calcul vésical qui a provoqué une cystite déjà ancienne. Sous anesthésie locale on pratique une cystostomie. A la fin de la première semaine le malade accuse une douleur plantaire et du mollet gauche. Celui-ci est un peu œdématié. On place la bande élastique collante, mais on ne lève pas ce malade dont la vessie est encore largement ouverte. On lui fait faire de la gymnastique au lit. Le malade est calmé par la bande. La température reste normale, tout danger de phlébite paraît écarté, lorsque surviennent, quatre et cinq jours après, deux embolies dont la seconde est mortelle.

### *OBSERVATION XXIII*

Mme S., 55 ans.

Entre en avril 1935 pour grosse tumeur abdominale d'origine génitale. On porte le diagnostic de cystoépithéliome très avancé avec ascite et hydrothorax qui doit être ponctionné avant l'intervention. Celle-ci, sous anesthésie rachidienne à la percaïne, le 11 avril, révèle une énorme tumeur ovarienne cancéreuse, qui est inextirpable. Il y a péritonite cancéreuse, de nombreux noyaux de propagation dans la paroi et sur les organes intrapéritonéaux. On se borne à vider l'ascite sanglante et à ponctionner le cystoépithéliome. Les suites sont rapidement mauvaises : fièvre, tachycardie, agitation ou prostration alternées. Décès le troisième jour par embolie probable.

### *OBSERVATION XXIV*

M. X., 58 ans.

Entre en janvier 1935 pour abcès appendiculaire développé vers l'arcade crurale. Incisé d'urgence et drainé, cet abcès contenait une

très grande quantité de pus. L'état ne s'améliore pas de façon satisfaisante les jours suivants. On note même que l'inflammation progresse vers la vessie. Bientôt la fosse iliaque gauche s'empâte à son tour et une deuxième collection doit être incisée le long de l'arcade. Des signes de péritonite généralisée apparaissent. Deux jours après le malade qui ne présente aucun signe de phlébite des membres inférieurs, meurt brutalement d'embolie. Il faut signaler que cet homme était syphilitique et non en traitement.

*OBSERVATION XXV*

M. X., 49 ans.

Entre en janvier 1934 pour être opéré de hernie inguinale gauche. Intervention sous rachi-anesthésie. Suites excellentes. Lever le quatrième jour. Le huitième jour, alors que ce malade ne présente aucun signe de phlébite des membres se déclare une embolie pulmonaire assez grave. Deux jours plus tard mort rapide en pleine nuit par deuxième embolie pulmonaire.

*OBSERVATION XXVI*

Mme F., 31 ans.

Cette malade est opérée d'urgence de césarienne basse le 28 août 1935. Les suites sont excellentes, la température ne dépasse pas 37°8, et devient normale le troisième jour. Le lendemain la malade est levée ansi que les jours suivants. Il n'y a aucun signe d'infection ni de phlébite des membres. Le septième jour décès par embolie foudroyante.

# CONCLUSIONS

1° La stase veineuse est le facteur primordial dans la pathogénie des phlébites et des embolies post-opératoires.

2° La bande élastique collante et la méthode ambulatoire sont une modalité thérapeutique très efficace pour la prévention ou la suppression de la stase dans le système cave inférieur qu'elles mettent dans de presque aussi bonnes conditions post-opératoires que le système cave supérieur.

3° La bande élastique collante appliquée préventivement — donc aux malades reconnus particulièrement exposés aux thromboses, — avec son association systématique au lever précoce post-opératoire, nous ont permis de ne pas enregistrer une seule complication veineuse post-opératoire. Les cas où le lever précoce est contre-indiqué sont justiciables de la gymnastique au lit.

4° Les phlébites chirurgicales des membres inférieurs au début que nous avons observées ont toutes été très rapidement arrêtées dans leur évolution par l'application immédiate de la bande élastique collante et de la méthode ambulatoire, association qui réalise le traitement abortif idéal des phlébites post-opératoires des membres inférieurs.

5° En face d'un syndrome de stase pelvienne au début, la même association nous a donné des résultats très heureux, tout se passant comme si la suppression de la stase veineuse au niveau des membres inférieurs influençait très heureusement la circulation pelvienne de retour.

6° En face d'une phlébite pelvienne au début, mais très nettement infectieuse, en face d'une phlébite pelvienne ou

non, mais confirmée, on doit avec succès appliquer la bande élastique collante à la ou aux jambes saines évitant ainsi la propagation du processus phlébitique. Mais le traitement classique par l'immobilisation au lit est alors indiqué.

7° La bande élastique collante et la méthode ambulatoire sont le traitement de choix de toutes les périphlébites, à un stade quelconque, mais non ulcérées, et des phlébites de la grossesse.

# SERMENT

*En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères; et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.*

*Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.*

Vu :

*Le Doyen :*

Pierre MAURIAC.

Vu : Bon a imprimer :

*Le Président :*

F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 Mars 1937

*Le Recteur de l'Académie,*

A. TERRACHER.

# BIBLIOGRAPHIE


Bazy (L.). — La vaccination pré-opératoire. (*Bulletin et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1919, p. 468. — Juin 1925, p. 788. *Presse Médicale*, 14 mars 1925.)

Bouzom. — Thèse Bordeaux 1914-1915.

Chalier (André). — Le lever précoce après les opérations abdominales. (*Progrès Médical*, 23 novembre 1929. — *Bulletin Acad. de Médecine*, 25 mars 1930.)

— Au sujet du lever précoce après les laparotomies. (*Lyon Chirurgical*, n° 3, 1930.)

— Le lever précoce des opérés de l'abdomen. (*Avenir Médical*, sept.-oct. 1932.)

— Le lever précoce après les interventions gynécologiques. (*Presse Médicale*, 12 novembre 1932. — *Revue Française de Gynécologie et d'Ostétrique*, janv. 1933. — *Monde Médical*, 15 janv. 1933.)

— Le lever précoce en chirurgie abdominale. (*Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 28 oct. 1933.)

— Le bilan de la méthode du lever précoce en chirurgie abdominale après quatre ans. (*Lyon Chirurgical*, janv.-fév. 1933.)

— Le lever précoce dans la chirurgie gynécologique. (*Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1934, p. 486.)

— La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. (*Lyon Chirurgical*, mai-juin 1934.)

Chavannaz (J.) et Magnant. — (*Revue de Chirurgie*, 1928, p. 461.)

Cordier. — La phlébite après les opérations abdominales et pelviennes. (*Journal of the Amer. Medical Assoc.*, 1905, p. 1792.)

Delagenière (Y). — Note sur la vieille méthode du lever précoce et sur son complément : la gymnastique au lit. (*Presse Médicale*, n° 85, 24 janvier 1934.)

Delater et Hugel. — (*Presse Médicale*, 28 mars 1930.)

Denier. — La radiothérapie est-elle indiquée dans les phlébites ? (*Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, octobre 1932.)

Digonnet, Chenebault et Rouchy. — Deux cas de phlébite puerpuérale traités par novocaïnisation du sympathique lombaire. (*Bull. Soc. Obsté. et Gynéc.*, mars 1936.)

Ducuing (J). — Pourquoi le traitement des phlébites chirurgicales par les sangsues semble-t-il donner de bons résultats ? (*Progrès Médical*, 1928, p. 1787.)

— Sur la précocité de certaines embolies post-opératoires. *Bull. Soc. Obsté. et Gynéc.*, 1928, p. 815.)

— Phlébites, Thromboses et Embolies Post-opératoires. (*Masson et C°*, 1929.)

— Le signe de la douleur plantaire pré-talonnière pour le diagnostic précoce des phlébites post-opératoires. (*Presse Médicale*, 21 mai 1932.)

— Les premiers signes des phlébites post-opératoires. (*Toulouse Médical*, 15 août 1936.)

Flandin et Tzank. — Action anticoagulante des injections intraveineuses d'arsénobenzènes. (*C. R. Séances Soc. de Biologie*, 22 janv. 1921.)

— Mécanisme de l'incoagulabilité du sang par les arsénobenzènes. Action sur les globulins. (*Op. cité*, séance du 12 novembre 1921.)

Folliasson (A.). — Le lever précoce en chirurgie abdominale. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 15 juillet 1933.)

Folliasson (A.) et Baudry (G.). — Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne. (*Gazette Méd. de France et des Pays de Langue Française*, 1er octobre 1933.)

Forgue. — Causes et mécanismes de l'embolie post-opératoire. (Rapport Varsovie, juillet 1929.)

Gernez. — Thèse Lille, 1924.

Gonnet. — Les sangsues dans le traitement des phlébites puerpuérales. (*Clinique et Laboratoire*, 1928, p. 51.)

Gonnet, Jeannin et Josserand. — (*Lyon Médical*, 5 déc. 1926.)

Gosset et Thalheimer. — (*Bulletin et Mémoires Soc. de Chir. de Paris*, 1926, T. 52, p. 193.)

Gosset, Thalheimer et Funk-Brentano. — (*Monde Médical*, 1-15, fév. 1937.)

Gowaerts. — (*Rapport Congrès de Chirurgie :* Varsovie, 1929.)

Grégoire. — (*Société Nat. de Chir.*, 28 novembre 1923.)

Hanselmann Margrit. — Diss. Zurich, 1926.

Havlicek. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1936. — Article de Leriche (R.). (*Progrès Médical*, 10 octobre 1936.)

Jaschke (Von). — Réflexions théoriques et pratiques sur la question de la thrombose et de l'embolie post-opératoire et puerpuérale. (*Archiv. für Gynäkol*, janv. 1927.)

Jeanneney (G.). — A propos de l'embolie post-opératoire. (*Congrès de Varsovie*, 1929.)

— Le lever précoce des opérés. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 18 oct. 1933.)

Jeannin (J.). — Etude expérimentale des modifications apportées dans l'évolution d'une phlébite par l'introduction dans l'organisme de substances anticoagulantes. (*Lyon Médical*, 1er juillet 1928.)

— Les anticoagulants chimiques dans la prophylaxie et le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales. (*Le Journal Médical Français*, n° 2, février 1934.)

Josserand et Jeannin (J.). — Note sur l'action prolongée de l'hirudine et des extraits de sangsues en injections sous-cutanées. (*C. R. Soc. de Biologie :* Réunion de Lyon, 20 juin 1927.)

Kunlin (J.) et Lucinesco. — Résultats du traitement immédiat des phlébites post-opératoires et variqueuses par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. Cinq nouvelles observations. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 20 juil. 1935.)

Lalande. — Thèse Bordeaux. (1934-1935.)

Lambret. — Vaccinothérapie pré-opératoire. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, juin 1921, juin 1923, mars 1926.)

Laubry, Louvel et H. Beau. — Traitement des phlébites superficielles par l'ionisation salicylée. (*Revue Médicale Française*, mai 1931.)

Leriche (R.) et J. Kunlin. — Traitement immédiat des phlébites post-opératoires par l'infiltration novocaïnique lombaire. (*Presse Médicale*, 22 sept. 1934.)

Magenc. — Thèse Bordeaux 1934-1935.

Morice. — Rapport présenté par Auvray. (*Soc. Nat. de Chir.*, avril 1927.)

Nard (L.). — Communication à la Société de Chirurgie de Bordeaux. (11 février 1937.)

Philardeau (P.). — Varices et phlébites. (Maloine, 1930.)

Quervain (de). — Thrombose et embolie post-opératoire. (*Schw. Med. Woch*, n° 22, 1925.)

Razemon. — Thèse Lille 1925.

Sabrazès. — (*Gazette des Sciences Méd. de Bordeaux*, 8 oct. 1933.)

Schumaker. — (*Arch. f. Gynäkol*, janvier 1927.)

Schwartz (A.). — Discussion rapport présenté par Auvray. (*Soc. Nat. de Chirurgie*, avril 1927.)

— Les phlébites post-opératoires. (*Soc. Nat. de Chir.*, 27 janvier 1934.)

Schweninger. — Lever précoce des opérés et thrombo-phlébites. Munich 1910.

Smith (P.). — Le lever précoce en chirurgie abdominale. (*Paris Médical*, 21 juillet 1934. — *Presse Médicale*, 13 octobre 1934.)

Starlinger. — (*Klinische Wochenschrift*, 2 juillet 1927.)

Termier. — Du traitement abortif des phlébites chirurgicales par les sangsues. (*Congrès Français de Chirurgie*, oct. 1925.)

— Traitement des phlébites par les sangsues. (*Presse Médicale*, 24 octobre 1925.)

Hématologie dans les phlébites, application au traitement par l'hirudination. (*Congr. Franç. de Chir.*, oct. 1927.)

— Mode d'action de l'hirudination dans le traitement abortif des phlébites aiguës. (*Congrès Français de Chirurgie*, oct. 1929. — *Gazette des Hôpitaux*, 20 nov. 1929.)

Vaissé (M.). — Le lever précoce en chirurgie. Thèse Lyon 1919.

Violet (H.). — Au sujet du lever précoce des opérés. (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 25 nov. 1931. — *Avenir Médical*, sept.-oct. 1932.)

Virely (P.). — Thèse Lyon 1929.

Weil et Boyé. — (*Semaine Médicale*, 1909.)

Weil, Mouriquand et Chalier. — Les hémolysines de la sangsue. (*Progrès Médical*, 16 déc. 1911.)

Zurhelle. — Thrombose und embolie nach gynäkologische operationen. (*Archiv. f. Gynäkol*, n° 2, 1908.)

IMPRIMERIE LIBOURNAISE P. GÉLIX
68, rue Président-Carnot
LIBOURNE